

University of Groningen

Patiënten met lage rugklachten in een huisartspraktijk

Hoekstra, Geert Roelof

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

1982

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Hoekstra, G. R. (1982). *Patiënten met lage rugklachten in een huisartspraktijk*. [, Rijksuniversiteit Groningen]. [S.n.].

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

G.R. HOEKSTRA

**patienten met
LAGE RUGKLACHTEN in
een huisartspraktijk**



PATIENTEN MET LAGE RUGKLACHTEN
IN EEN HUISARTSPRAKTIJK

STELLINGEN

I.

Door het geringe aantal publikaties van huisartsen over lage rugklachten wordt ten onrechte de indruk gewekt dat deze klacht vooral een specialistisch probleem is.

II.

Röntgendiagnostiek van de wervelkolom bij lage rugklachten, gericht op verzoek van de huisarts, dient met een duidelijke indicatie te worden aangevraagd en de bevindingen van de röntgenoloog zullen zo genuanceerd mogelijk aan de patiënt moeten worden meegedeeld.

III.

Verwijzing van een patiënt met lage rugklachten naar een specialist dient zo veel mogelijk te worden voorkomen.

IV.

Bij de behandeling van patiënten met lage rugklachten is de vraag wat de patiënt zelf als oorzaak van zijn klachten ziet van groot belang.

V.

Bij wetenschappelijk onderzoek over patiënten met lage rugklachten is het gebruik van een morbiditeits-classificatielijst van deze klachten van essentieel belang.

VI.

Bij de discussies over het vestigingsbeleid voor huisartsen wordt te gemakkelijk aangenomen dat praktijkverkleining leidt tot een kwaliteitsverbetering van de geneeskundige zorg.

VII.

Het abonnementshonorarium dat de huisarts per ingeschreven ziekenfondslid ontvangt moet bestaan uit een bepaald grondbedrag met toeslagen voor huisartsen die aan bepaalde eisen ten aanzien van praktijkvoering, patiëntenservice en nascholing voldoen.

VIII.

Er vinden te weinig obducties plaats van thuis overleden patiënten.

IX.

De kennis die de huisarts over een bejaarde patiënt heeft, is erg belangrijk bij het differentiëren tussen dementie en 'pseudodementie'.

X.

De term MBD houdt risico's in en kan leiden tot een miskenning van relationele problematiek tussen het kind en zijn verzorgers.

XI.

Bij jonge vrouwen met angineuze klachten moet gedacht worden aan de mogelijkheid van een koolmonoxydevergiftiging.

XII.

Bij een sterk verhoogde bezinkingssnelheid van de erythrocyten zal door de huisarts ook gedacht moeten worden aan een polymyalgia rheumatica.

XIII.

Het missen van de diagnose fissura ani concretiseert een voor de patiënt uiterst pijnlijke kloof tussen een voor iedere huisarts uitvoerbaar diagnostisch onderzoek en de diagnose.

XIV.

Een goede huisarts heeft een huisarts.

XV.

Aan de RUG op de rug promoveren is zeldzaam.

Stellingen
behorende bij het proefschrift van
G. R. Hoekstra
PATIENTEN MET LAGE RUGKLACHTEN
IN EEN HUISARTSPRAKTIJK
Groningen 1982

RIJKSUNIVERSITEIT TE GRONINGEN

PATIENTEN MET LAGE RUGKLACHTEN IN EEN HUISARTSPRAKTIJK

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van het doctoraat in de Geneeskunde
aan de Rijksuniversiteit te Groningen
op gezag van de Rector Magnificus Dr. L. J. Engels
in het openbaar te verdedigen op woensdag 9 juni 1982
des namiddags te 4.00 uur
door

GEERT ROELOF HOEKSTRA

geboren te Groningen

1982

DRUKKERIJ VAN DENDEREN B.V.
GRONINGEN

Promotor : Prof. Dr. G. J. Bremer
Copromotor: Prof. Dr. H. K. L. Nielsen

De uitgave van dit proefschrift werd mede mogelijk door financiële bijdragen van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Nederlandse Vereniging tot Rheumatiekbestrijding.

*Aan mijn vrouw
Aan mijn ouders
Aan onze kinderen*

WOORD VOORAF

De jaren waarin aan dit onderzoek en het tot stand komen van dit proefschrift is gewerkt, heb ik hulp gehad van vele mensen. Deze steun was voor mij van veel betekenis en gaf me telkens de moed om door te gaan. Allen die hebben bijgedragen tot het welslagen van deze studie, ben ik dan ook dank verschuldigd.

Met name wil ik mijn dank betuigen aan:

- Prof. Dr. Bremer, mijn promotor, beste Geert, voor jouw begeleiding en de vele, urenlange gesprekken die we hadden, waarbij je mij je kritiek niet bespaarde en waardoor uiteindelijk mijn onderzoek gestalte kreeg. Ik ben je voor dit alles zeer erkentelijk.
- Prof. Dr. Nielsen, hooggeachte copromotor, voor de sympathieke wijze waarop U mijn concepten nauwgezet van Uw commentaar hebt voorzien. Dat U aan iemand buiten de kliniek zoveel tijd besteedde, heb ik als een groot voorrecht beschouwd.
- Prof. Dr. van Deen voor het vertrouwen dat U in mij stelde om deze studie binnen het Instituut te mogen beginnen.
- Drs. Engels, beste Marjan, voor de jaren dat je veel van je tijd besteedde om mij methodologisch te begeleiden. Jouw inzet is voor mij van vitaal belang geweest.
- Drs. Groenier, beste Klaas, voor je begeleiding en de vele gesprekken die we hadden. Jouw ongedwongen kijk op het in mijn ogen ingewikkelde terrein van de methodologie, heeft het mij een stuk gemakkelijker gemaakt.
- De staf van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Groningen en wel in het bijzonder de Projectgroep Wetenschappelijk Onderzoek, voor alle hulp, belangstelling en vooral morele steun.
- Appie Kooi en Gerbrand de Vries, destijds student-assistenten, voor de bewerking en het consistent maken van het onderzoeksmateriaal.
- Drs. Kingma, beste Marian, voor je nauwgezette correctie van mijn Nederlands en je constructieve wijze van kritisch meedenken.

- Prof. Dr. Ir. de Pater en Drs. Fidler van het Centrum voor Medische Informatica en Statistiek van de Rijksuniversiteit te Groningen, voor de hulp bij het opzetten van het retrospectieve deel van dit onderzoek.
- Mevrouw van Pelt-van Ringen, beste Marga, voor alle hulp bij het opzoeken van de literatuur.
- Mevrouw Berends van Loenen-Veldkamp, beste Adrie, voor je steun bij het uittypen van de concepten.
- De heer Lode, beste Geert, voor de manier waarop je op het technische vlak altijd bereid was te helpen.
- De heer Buitter, werkzaam op de Neurochirurgische Kliniek, beste Douwe, voor het ontwerp van de omslag en voor de tekeningen. Voor de creatieve manier waarop je mijn woorden 'vorm' gaf, heb ik grote waardering.
- Koos Jansen, werkzaam op de Medische Leeszaal, voor je hulp bij het vinden van de literatuur en het voltooien van de literatuurlijst.
- Drs. Robinson, plastisch chirurg, voor het vertalen van de samenvatting.
- Mejuffrouw Bolhuis, oud-praktijkassistente, en mejuffrouw Ottens, de huidige praktijkassistente, beste Marieke en Dina, voor de vele, vaak ondankbare hand- en spandiensten die jullie mij naast je drukke werkzaamheden verleenden.
- Mevrouw Piëst-Bos voor het uittypen van de bandjes met de interviews.
- De gemeente Roden en wel in het bijzonder de heer Korsaan, voor de hulp bij het opsporen van de biografische gegevens van een aantal patiënten.
- Het ziekenfonds Drenthe-Noord Overijssel voor het verstrekken van de gegevens betreffende mijn praktijk.
- De specialisten en controlerend geneeskundigen in de regio die behulpzaam waren bij het verstrekken van aanvullende gegevens van mijn patiënten.
- Alle patiënten die zo vriendelijk waren zich te laten interviewen.

Speciale dank gaat uit naar mijn ouders die mij de mogelijkheid boden om dat te studeren wat ik graag wilde. Jullie aanwezigheid op deze dag betekent veel voor mij.

Lieve Catrien, alleen jij weet hoeveel tijd door dit onderzoek aan ons privé-leven is onttrokken. Het bewerken van dit proefschrift naast de drukke praktijkwerkzaamheden was een opgave die mij soms te zwaar leek. Voor je hulp, je vasthoudendheid en de bemoedigende zekerheid waarmee je geloofde in de goede afloop van deze studie, ben ik je veel verschuldigd.

INHOUD

Inleiding	1
---------------------	---

Deel I ALGEMENE BESCHOUWINGEN

1 Enkele opmerkingen over de geschiedenis van lage rugklachten	7
2 Het woord 'rug' in ons taalgebruik	13
3 Enkele aspecten van de anatomie van de 'lage rug'	17
4 Lage rugklachten als klacht in de praktijk van de huisarts	28
4.1 de anamnese en het lichamelijk onderzoek	28
4.2 de differentiële diagnostiek	47
4.3 de therapie	82
5 Het voorkomen van lage rugklachten	101
5.1 het voorkomen van lage rugklachten in de bevolking	101
5.2 het voorkomen van lage rugklachten in de huisartspraktijk	102
5.3 de sociaaleconomische gevolgen	105
6 Literatuur van huisartsen over lage rugklachten	108

Deel II HET ONDERZOEK

7 De geschiedenis van een 'mislukt' onderzoek ofwel de voorbereidingsfase van het definitieve onderzoek	125
8 Het onderzoek	130
8.1 inleiding	130
8.2 plaats- en praktijkbeschrijving	132
8.3 mijn beleid in de praktijk en bij de patiënt met lage rugklachten	138
8.4 de patiënt met lage rugklachten	141
A vraagstellingen 1, 2 en 3	141
B overige gegevens	189
8.5 de communicatie tussen huisarts en specialist	233
vraagstelling 4	
8.6 de mening van de patiënt en van zijn omgeving	260
vraagstelling 5	

8.7 classificeren	277
vraagstelling 6	
Samenvatting	294
Summary	299
Literatuur	305
Bijlage	320
Curriculum vitae	327

INLEIDING

*'It is easy to get a thousand
prescriptions but hard to get
a single remedy.'*

Anoniem

Elke arts weet dat de behandeling van patiënten met lage rugklachten een moeilijke taak kan zijn ondanks het feit dat het aantal therapeutische mogelijkheden onbegrensd lijkt. Het falen van vele therapieën is ook niet zo verwonderlijk wanneer men bedenkt hoeveel oorzaken aan lage rugklachten ten grondslag kunnen liggen.

In veel gevallen wijzen een goede anamnese en een goed lichamelijk onderzoek wel aan in welke richting gedacht moet worden, het komt echter ook nogal eens voor dat, ondanks een zorgvuldig en uitvoerig onderzoek, geen verklaring voor de klachten wordt gevonden. Dit kan voor de arts een frustrerende zaak zijn en leidt nogal eens tot een gevoel van machteloosheid. Omdat de huisarts direct door de patiënt benaderd kan worden, zullen de patiënten die op de behandeling niet reageerden in vele gevallen met hun klachten weer bij hem terug komen. Vooral dit weer terugzien van patiënten met dezelfde klacht maakt dat de huisarts ontmoedigd kan raken of soms zelfs geplaagd wordt door gevoelens van irritatie. De patiënt loopt dan het risico dat hij zonder voldoende aandacht wordt weggestuurd en dat zijn klacht niet meer serieus wordt genomen. Hoewel artsen zich dienen af te vragen waarom ze geïrriteerd zijn over bepaalde patiënten, blijft een dergelijke evaluatie bij huisartsen vaak achterwege. De huisarts wordt zozeer in beslag genomen door het 'handwerk' van alledag, dat het doen het denken kan verdringen en de vraag van het hoe en waarom van het geneeskundig handelen op de achtergrond raakt.

Ondanks alle problemen die zich bij de diagnostiek en de behandeling van patiënten met lage rugklachten kunnen voordoen, ben ik ervan overtuigd dat lage rugklachten in het algemeen klachten zijn, die typisch bij de huisarts thuishoren.

In de literatuur over lage rugklachten kwam ik weinig studies tegen

die van huisartsen afkomstig waren. Vrijwel alle medische informatie over deze klacht wordt door specialisten gepresenteerd. Op zichzelf is dit jammer omdat de specialist alleen met die patiënten wordt geconfronteerd die naar hem zijn verwezen.

Vooral de bovengenoemde constatering en de vaak optredende gevoelens van machteloosheid, frustratie en irritatie maakten dat ik lage rugklachten tot onderwerp van deze studie koos. Ook de frequentie waarmee de klacht voorkomt en de belangrijke plaats, die rugklachten in de totale aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit innemen, gaven nog een extra prikkel om dit onderwerp te kiezen.

Aangezien de huisarts volgens de World Health Organization een arts is, die zich in zijn praktijkuitoefening niet beperkt tot bepaalde ziekte-eenheden, die direct voor zijn patiënten bereikbaar is en die aan zijn patiënten continue zorg verleent, is hij vooral in staat in de loop der jaren een schat aan gegevens over zijn patiënten te verzamelen. Toen eind 1977 het idee onderzoek te gaan doen bij patiënten met lage rugklachten bij mij postvatte, had ik als gevestigd huisarts vijf jaar praktijkervaring achter de rug. Dit is voldoende om iets zinnigs over veel voorkomende klachten te kunnen zeggen. Bovendien is na een jaar of vijf de 'aanloopfase', de periode die nodig is om vertrouwd te raken met het huisartsberoep, voorbij en kan er gedacht worden over het opzetten van een onderzoek. Ook Leclercq (1980) komt uit eigen ervaring tot de conclusie dat hij na een periode van vijf jaar het huisartsberoep redelijk beheerste en dat er toen pas meer ruimte kwam voor een wetenschappelijke studie.

Vooral door de uittaling van Hodgkin, een ervaren huisarts (1978): 'The record is the Cinderella of the doctor's tools. Too often the only use that is recognised is that of the aid-memoire. Records provide a fascinating opportunity to analyse, compare and then predict clinical, emotional and behavioural patterns' werd ik gestimuleerd om mijn gegevens over patiënten met lage rugklachten te bestuderen.

Dit onderzoek zal tot doel hebben een bijdrage te leveren aan een beter begrijpen van het verschijnsel lage rugklachten, dat naast medische ook belangrijke psychosociale en sociaaleconomische aspecten heeft.

Ik wil proberen voor deze klacht meer aandacht van de huisartsen te vragen door te laten zien hoe gevarieerd het probleem kan worden

benaderd. Hoewel psychosociale factoren een belangrijke rol kunnen spelen, zal getracht worden het belang van een somatisch onderzoek aan te tonen.

Deel I van dit proefschrift geeft een algemene beschouwing over lage rugklachten (hoofdstuk 1 tot en met 6) en deel II doet verslag over de resultaten van het eigen onderzoek (hoofdstuk 7 en 8).

Dat sommige artsen klachten over de rug graag beschouwen als een moderne beschavingsziekte of als gevolg van onze levenswijze, wordt gelogenstraft door het feit dat al in een verzameling medische werken uit de tijd van Hippocrates over rugklachten wordt gesproken. Aan enkele aspecten van de geschiedenis van lage rugklachten zal in hoofdstuk 1 aandacht worden besteed.

Nauw verweven met deze geschiedenis is het gebruik van het woord 'rug' in onze taal (hoofdstuk 2).

Een grote hoeveelheid somatische, psychologische en psychiatrische literatuur kwam binnen mijn gezichtsveld, zo veel, dat het erg moeilijk was hierin enig systeem aan te brengen. Ik heb dit in hoofdstuk 3 en 4 geprobeerd.

Een basale kennis van de anatomie van de rug is noodzakelijk (hoofdstuk 3), evenals een grondige kennis van de anamnese en het lichamenlijk onderzoek (hoofdstuk 4.1). Bij de bespreking van deze onderwerpen is getracht een benadering van de problemen te geven gezien vanuit de plaats van de huisarts. Dit geldt ook voor de bespreking van de differentiële diagnostiek (hoofdstuk 4.2) en de therapie (hoofdstuk 4.3).

In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op het voorkomen van lage rugklachten in de bevolking en in de huisartspraktijk. Verder wordt een beschouwing gegeven over de sociaaleconomische gevolgen van deze klacht.

In hoofdstuk 6 geef ik een opsomming van de literatuur over lage rugklachten voorzover deze door huisartsen werd geschreven.

Hoofdstuk 7 vermeldt de voetangels en klemmen die we bij het opzetten van dit onderzoek tegenkwamen.

Hoofdstuk 8 geeft de resultaten van het eigen onderzoek. Een plaats- en praktijkbeschrijving wordt gegeven, evenals enkele opmerkingen

over mijn beleid in de praktijk en bij de patiënt met lage rugklachten. Het begrip 'lage rugklachten' wordt gedefinieerd en aan de hand van zes vraagstellingen worden enkele aspecten van mijn patiënten met rugklachten belicht.

De gegevens, waarop deze studie is gebaseerd, zijn verkregen door een bewerking van retrospectief verkregen materiaal betreffende 380 patiënten, een interviewonderzoek bij 43 patiënten en hun familie en een aanvullend prospectief onderzoek bij 100 patiënten.

Deel I

ALGEMENE BESCHOUWINGEN

1 ENKELE OPMERKINGEN OVER DE GESCHIEDENIS VAN LAGE RUGKLACHTEN

Om een beter begrip te krijgen van de huidige opvattingen en denkbeelden over bepaalde klachten, symptomen en ziekten is een studie van de historie belangrijk. Lindeboom (1961) formuleert dit als volgt: 'De beschouwing van het leven en streven van artsen in een verward of meer nabij verleden, schenkt niet alleen een boeiend en geestelijk genot, waardoor men zich verrijkt kan gevoelen, maar biedt ook de enige mogelijkheid een wezenlijk inzicht te verkrijgen in de wording van de huidige begrippen en opvattingen en daarmee in die begrippen en opvattingen zelve.'

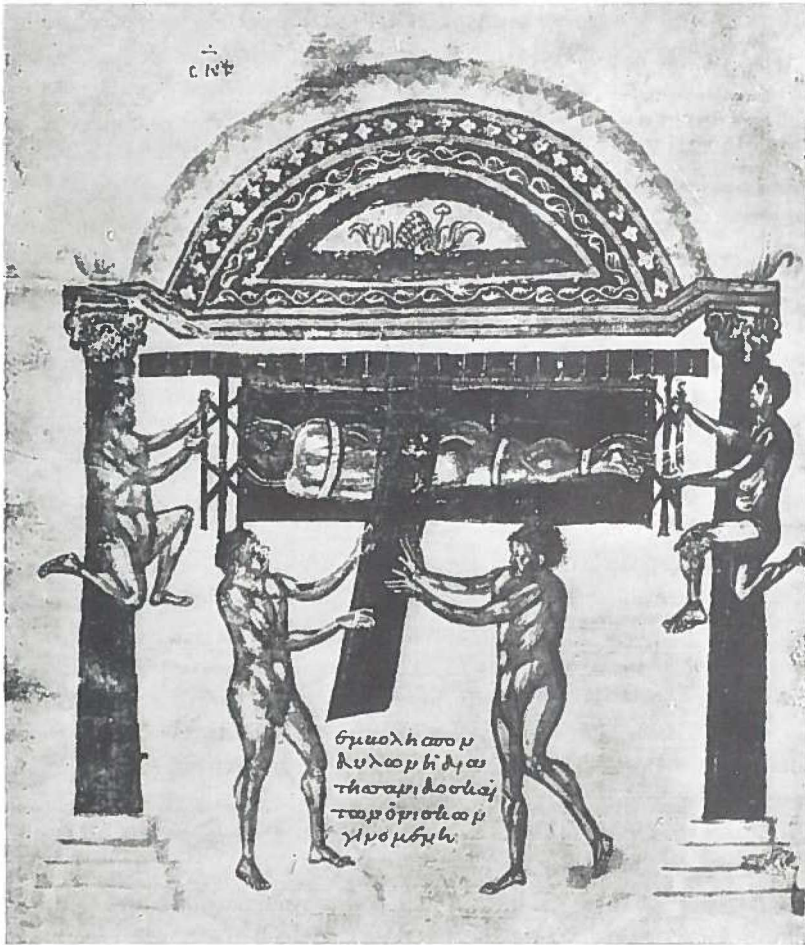
Bij de bestudering van de geschiedenis van het verschijnsel rugpijn viel het niet alleen op hoeveel opvattingen hierover in de loop der tijd zijn ontwikkeld, maar ook hoeveel er in de laatste decennia is geschreven wat eigenlijk eeuwen geleden ook al is gezegd, mogelijk wel in andere bewoordingen maar wel met dezelfde strekking. Walser (1969) zegt dit op de volgende wijze: 'Im Laufe der Geschichte wurden einzelne Symptome und Krankheiten zeitweise kaum beachtet, zeitweise gerieten aber dieselben Erscheinungen in den Mittelpunkt des ärztlichen Interesses. Sie beschäftigten dann wohl die Phantasie der Leute in besonderem Masse, um dann wieder vergessen zu werden. So kommt es, dass man immer wieder meint, eine Krankheit, ein Symptom habe früher eine geringe Bedeutung gehabt oder wohl gar nicht existiert, man sieht aber bei der Nachprüfung, dass es sich um einen uralten krankhaften Zustand handelt.'

Uit de bestudering van de geschiedenis van rugpijn is het duidelijk geworden dat deze klacht even oud moet zijn als de mensheid zelf. Door onderzoek op menselijke en dierlijke overblijfselen heeft men kennis kunnen vergaren over het voorkomen van bepaalde botafwijkingen in het verleden. Beroemd geworden zijn de botziekten van prehistorische mensen en holenberen. Ackerknecht (1957) en Lesky (1968) beschrijven dat Virchow deze botveranderingen de suggestieve naam 'holenjicht' gaf. Jicht wordt hier nog in de oude betekenis van arthritis of arthrose gebruikt. Natuurlijk is het niet bekend of deze mensen werkelijk aan rugpijn geleden hebben, daar immers

juist bij rugklachten de anatomische bevindingen geen verband hoeven te hebben met door de patiënt ervaren pijn. Toch kunnen we moeilijk aannemen dat alle ernstige pathologische bevindingen die door Virchow (1857) zijn beschreven, zonder pijn verlopen zijn. Lage rugklachten werden voor het eerst vermeld in het 'Corpus Hippocraticum', een verzameling medische geschriften van de hand van Hippocrates (469-377 voor Christus) en zijn leerlingen (Lindeboom 1948). In de vijfde en vierde eeuw voor Christus werd rugpijn vaak in samenhang met allerlei reumatische ziektebeelden beschreven, zoals wordt aangegeven door Fuchs (1896) die Hippocrates als volgt citeert: 'Wenn sich Hüftweh einstellt, so befällt der Schmerz den Hüftbeinansatz, das äusserste Ende des Steisses und die Hinterbacken, schliesslich zieht der Schmerz aber auch im ganzen Schenkel herum. Bei einem solchen Patienten ist es angebracht ... denjenigen Teil des Schenkels, in welchem sich zufällig die Schmerzen festsetzen, durch Bäder, warme Umschläge und Dampfbäder zu erweichen und abzuführen ... Die Krankheit aber ist langwierig und schmerzhaft, jedoch nicht tödlich. Wenn sich der Schmerz auf eine einzige Stelle wirft, dort eingenistet bleibt und auch mit Hilfe von Arzneien nicht vertrieben werden kann, so hat man an derjenigen Stelle, wo der Schmerz gerade auftritt, zu brennen ...' Uit deze mooie en duidelijke klinische beschrijving, die meer dan 2000 jaar oud is, blijkt dus dat de toen voor reumatische klachten toegepaste therapieën tot aan de dag van vandaag hun geldigheid hebben behouden.

Schiötz en Cyriax (1975) vermelden dat in de vijftiende eeuw op Kreta een verzameling perkamenten manuscripten werd gevonden waarin onder andere vele pen- en inkttekeningen voorkomen die duidelijk laten zien dat in de tijd van Hippocrates veelvuldig gebruik gemaakt werd van manipulatie en tractie. Dat het daarbij wel anders toeging dan tegenwoordig, mag blijken uit nevenstaande tekening (figuur 1).

Volgens Schiötz en Cyriax beschouwde Hippocrates de in deze tekening weergegeven methode als de meest effectieve bij de behandeling van rugklachten. Letterlijk beschrijven de beide auteurs dit als volgt: 'However, the most effective method of all, according to Hippocrates, is to put the end of a stout board in a cleft in a wall and place it across the patient's back with a pad of cloth or leather intervening. While



Figuur 1 Manipulatie en tractie in de tijd van Hippocrates (met toestemming overgenomen uit Schiötz en Cyriax 1975).

two assistants maintain traction, one or two men push the free end of the beam downwards.'

Na Hippocrates deed Claudius Galenus, een Griekse arts, in de tweede eeuw na Christus zijn invloed gelden. Hij ontwikkelde de humoraal-pathologie door zijn opvatting dat ziekten zouden ontstaan door een

stoornis in de lichaamsvochten. Ten aanzien van de ontstaanswijze van rugpijn citeert Kühn (1833) de theorie van Galenus op de volgende wijze: 'Rückenschmerzen entstehen also zum Beispiel, wenn scharfe und beissende Galle in den Rücken eindringt oder wenn die Reinigung des Körpers durch fehlende Menstrual- oder Hämorrhoidalblutung oder durch mangelhafte Hautausscheidung ausbleibt.'

In 1543 verscheen van Andreas Vesalius de 'Fabrica corporis humani', de basis voor onze huidige anatomische kennis. De afbeeldingen van de wervelkolom in dit geschrift zijn zeer gedetailleerd. Er spreekt een grote kennis van de anatomie uit. Men zou mogen verwachten dat, gesterkt door deze kennis, zich nieuwe visies over de rugaandoeningen zouden kunnen ontwikkelen.

Het duurde echter tot in de achttiende eeuw voor de vergaarde kennis over fysiologie, anatomie en vooral pathologische anatomie werd aangewend om van daaruit rugklachten te verklaren. Eén en ander mag blijken uit enkele passages uit een belangrijk klinisch leerboek uit die tijd van de hand van Lieutaud (1769), waarin de beschrijving van lumbago luidt: 'C'est une douleur rhumatismale, ou arthritique, des lombes, qui a vraisemblablement son siège dans la forte aponévrose qui embrasse les muscles extérieurs de cette partie ...' Hieruit komt naar voren dat lumbago niet langer gezien werd als een ziekte der lichaamsvochten maar als een lokale aandoening waarvoor een anatomische oorzaak aanwezig moet zijn. Lezen we echter Lieutauds beschrijving verder: 'Elle a souvent sa source dans la suppression des règles et des hémorroïdes ...' dan blijkt dat de humoraalpathologische theorieën van Galenus nog actueel waren. De therapie van rugklachten bestond in die tijd dan ook uit aderlaten, purgeren, het geven van zweetdrijvende middelen, inwrijvingen en het doen nemen van stortbaden.

Aan het einde van de achttiende eeuw kwam er een kentering. De theorieën van Hippocrates en Galenus, die zovele eeuwen het medisch denken hadden beheerst, werden verlaten. Anatomische, fysiologische en met name recent verworven neurofysiologische kennis werden geïntegreerd ter verklaring van rugpijn. Een sprekend voorbeeld hiervan is de historie van het klinische beeld van de discusprolaps, waarvan Markham (1951) zegt: 'Although sciatica was well known to the ancient physicians, it had not been the subject of careful

observation and discussion until 1774, when Cotugno wrote his monograph and related the pain to disease of the sciatic nerve.' Precies honderd jaar later onderwierp Lasègue (1864) de publikatie van Cotugno aan een nauwkeurige beschouwing en kwam mede door eigen ervaring tot de conclusie dat ischialgie een intermitterend verloop heeft en in de loop der jaren erger lijkt te worden. In 1911 stelde Goldthwait bij een patiënt met een paraplegie de diagnose spondylolisthesis. Bij de operatie werd deze afwijking echter niet gevonden. Op grond van de wél gevonden versmalling van de onderste tussenwervelschijf opperde Goldthwait de mogelijkheid van een discusprolaps. Tenslotte konden Mixter en Barr (1934) door gedetailleerde studies aantonen dat er een verband bestaat tussen lage rugklachten en een hernia nucleï pulposi.

Het is niet verwonderlijk dat, gesterkt door bovenstaande theorieën, de chirurgie zich met nauwelijks te remmen vaart stortte op deze afwijking. Teleurstellingen konden niet uitblijven. Bovendien werd aan het eind van de negentiende eeuw steeds duidelijker dat een groot deel der rugpijnklaarten niet vanuit de toen gangbare pathologisch-anatomische inzichten verklaard kon worden.

Walser (1969) vermeldt dat in 1879 een arts de grootste moeite had een artikel waarin gesproken werd over functioneel nerveuze ziekten, geplaatst te krijgen in een medisch tijdschrift. Toch begon er steeds meer interesse te komen voor ziektebeelden van nerveuze aard. Beard (1885) zocht een verklaring voor rugpijn in seksuele excessen, te frequente masturbatie en uitspattingen in het seksuele verkeer. Hij sprak van een 'sexuele neurasthenie'.

Omstreeks 1900 gaf Freud door zijn gedetailleerde beschrijving van het menselijke psychisch functioneren een belangrijke impuls aan het inzicht dat een groot aantal ziekten en klachten niet vanuit een strikt somatische benadering verklaard kan worden, maar dat in vele gevallen ook, of alleen, een psychisch lijden hieraan ten grondslag kan liggen.

Meer dan 2000 jaar is de geschiedenis van de rugpijn dus beheerst door zuiver pathologisch-anatomische en fysiologische theorieën. Pas tegen het einde van de negentiende eeuw was men rijp voor verklaringen die de lichamelijke klachten van de mens in verband brach-

ten met zijn psychisch functioneren. Dat had mogelijk te maken met de opvatting dat de wetenschap behoorde uit te gaan van exacte, meetbare gegevens. Nú weten we dat we met de gegevens die het lichamelijk onderzoek oplevert, er heel vaak niet komen; zeker niet bij de patiënt met lage rugklachten.

2 HET WOORD 'RUG' IN ONS TAALGEBRUIK

Het woord 'rug' kan in vele betekenissen worden gebruikt. Zo staan in het Woordenboek der Nederlandsche Taal (W.N.T. 1924) 22 omschrijvingen vermeld; veertien bladzijden zijn aan dit onderwerp gewijd.

We beperken ons tot de rug als lichaamsdeel. In bovengenoemd woordenboek lezen we daarover: 'De lange zijde van den romp, die aan den tegenovergestelden kant van borst en buik is gelegen; bij den mensch de achterzijde, bij dieren de bovenzijde van den romp.' In het Groot Woordenboek der Nederlandse Taal van Van Dale (1970) staat een vrijwel gelijklopende beschrijving: 'De lange zijde van de romp van mens of dier, die tegenover borst of buik gelegen is; bij mensen de achterzijde, bij dieren de bovenzijde van het lichaam.' Ook in spreekwoordelijk taalgebruik komen we het woord rug vele malen tegen. In de 'Nederlandse Spreekwoorden en Gezegden' van Stoett (1953) staan de uitdrukkingen:

- Een brede rug hebben
- Ruggespraak houden

In het Spreekwoordenboek der Nederlandsche Taal van Harrebomée (1856) staan maar liefst 72 spreekwoordelijke uitdrukkingen. Uit veel van deze gezegden is op te maken dat een verband wordt gelegd tussen het emotionele leven en functioneren van de mens enerzijds en de rug anderzijds:

- Dat is hem een goede ruggesteun
- Den rug opsteken
- De rug zal hem zoo week worden als de buik
- De zonde draagt hare eigene roede op den rug
- Die het dunste kleed aanheeft, moet met den rug tegen het gat van de deur zitten
- Die maar een ongeluk zal hebben, kan ligt op den rug vallen, en breken den neus
- Die niet kan betalen met geld, moet het met zijnen rug boeten
- Het zal hem bij den rug oploopen
- Hij heeft drie H's op den rug

- Hij heeft eene bloedvin op zijnen rug
- Hij heeft eenen breeden rug: hij kan 't al weldragen
- Hij heeft een' rug als een kameel
- Hij is al op den rug te spreken
- Hij is een man met een' rug
- Hij moet het met den rug betalen
- Hij wil hem den rug in tweeën slaan
- Hij zoekt het maar van zijn' rug af te schuiven
- Ik heb veel op den rug

Ook in de Bijbel wordt het woord rug meermalen gebruikt. Met behulp van de concordantie op het Oude en Nieuwe Testament (Dee en Schoneveld 1971) kon worden nagegaan in welke betekenis en in welke context het begrip rug wordt genoemd:

- 1 Koningen 14: 9; Ezechiël 23: 35: 'Zo zegt de Heer, omdat gij Mij vergeten en Mij achter uw rug geworpen hebt; draag dan ook uw ontucht en hoererij.'
'Achter uw rug geworpen' heeft hier de betekenis van: verwerpen.
- Psalm 21: 13: 'Ja, Gij zult hen den rug doen keren.'
Hier te vertalen door: maken tot mensen die vluchten.
- Psalm 129: 3: 'Ploegers ploegden op mijn rug, zij trokken hun voren.'
Hier wordt bedoeld: het onderdrukken van een volk in politieke zin.
- Spreuken 10: 13: 'De roede is voor den rug van den verstandeloze.'
- Jesaja 38: 17: 'Gij hebt al mijn zonden achter uw rug geworpen.'
'Achter uw rug geworpen' betekent hier: vergeven.
- Jesaja 50: 6: 'Mijn rug heb ik gegeven aan wie sloegen.'
- Jesaja 51: 23: 'Gij hebt uw rug als de aarde gemaakt en als een straat voor wie daarover gingen.'
Bedoeld wordt hier: Gij hebt U vernederd.
- Romeinen 11: 10: 'Doe hun rug voor goed zich krommen.'
Hier te vertalen door: veroordeel hen voorgoed.

Evenals de rug worden de lendenen - in het Woordenboek der Nederlandsche Taal (W.N.T. 1916) omschreven als: 'Het onderste gedeelte

van den rug met de daaraan grenzende deelen van de rechter- en linkerzijde' - in de Bijbel in figuurlijke zin genoemd. Zo wordt in Job 40: 11: 'Zijne kracht is in zijne lendenen' met 'lendenen' de zetel der lichaamskracht bedoeld.

Hoewel ik verwacht had dat ook in citaten de rug veelvuldig zou worden aangehaald, stond in Margadant (1964) geen en in Buddingh' (1967) slechts één citaat waarin dit het geval was:

— 'Een beroep is de ruggegraat des levens' van F. Nietzsche.

Waarom het woord rug in de Bijbel, in oude volksgezegden en in ons moderne taalgebruik zo vaak in figuurlijke zin wordt gebruikt, is mogelijkwerwijs op de volgende manier te verklaren.

Allereerst is de rug een bijzonder lichaamsdeel in die zin dat niemand in staat is de eigen rug door directe waarneming te aanschouwen. En toch maakt het huidoppervlak van de rug een belangrijk deel van het totale lichaamsoppervlak uit. Ook het betasten van de eigen rug met de handen is slechts zeer gebrekkig mogelijk en men kan geen zuivere indruk van de vorm van de eigen rug verkrijgen.

Ondanks de gebrekkige waarneming van de eigen rug neemt dit lichaamsdeel een belangrijke plaats in het lichaamsschema in. Regensburg (1959) zegt hierover: 'Instinctief voelt ieder individu dat de rug een onbeschermd lichaamsdeel is en niet te verdedigen is, tenzij men door middel van vreemde objecten rugdekking zoekt.' Misschien hebben de aspecten 'onbeschermd' en 'voor zichzelf onbereikbaar' in de loop der tijden de fantasie van de mensen zodanig geprikkeld dat er een aantal spreuken en gezegden ontstond met het woord rug.

Waarschijnlijk spelen ook nog factoren van een heel andere orde een rol. Wanneer de draagkracht van de mens, waaronder verstaan kan worden zijn mogelijkheden op een adequate manier om te gaan met alle problemen en lasten van het dagelijkse leven, dreigt tekort te schieten, is het niet zo verwonderlijk dat hij dit voelt op die plaats waar elke dag in mechanisch opzicht ook de grootste last wordt gedragen, namelijk het lumbosacrale gebied van de wervelkolom. Het is dan ook niet zo moeilijk te begrijpen dat er uitdrukkingen ontstonden als: 'gebukt gaan onder de lasten des levens'; 'overeind blijven onder de slagen van het noodlot'; 'dat is hem een goede ruggesteun'.

En wat te denken van de uitspraak van Van Heusden (1953): 'Is het kenmerkend, dat de geld-lievende Nederlander zijn jaarlijkse offer aan de staat sinds eeuwen belasting heeft genoemd en hieraan de voorstelling van last en druk verbindt?'

3 ENKELE ASPECTEN VAN DE ANATOMIE VAN DE 'LAGE RUG'

'You will have to learn many tedious things which you will forget the moment you have passed your final examination, but in anatomy it is better to have learned and lost than never to have learned at all.'

W. Somerset Maugham (1915)

Voor de ontwikkeling van een normale wervelkolom is in het embryonale stadium de aanwezigheid van een chorda dorsalis en een neuraalbuis vereist (Hamilton e.a. 1962, Starck 1975). Wanneer er geen goed samenspel is tussen de chorda dorsalis en de neuraalbuis of er is een defect in één van deze beide structuren, dan kunnen misvormingen optreden zoals blokwervels en spina bifida. De kiem voor deze morfologische afwijkingen wordt gelegd in de derde tot de zesde week van de zwangerschap. Daarnaast zijn er vele aberraties van de normale vorm van de wervels mogelijk. Bijvoorbeeld vier lendewervels in plaats van vijf of afwijkende vormen van het sacrum. Vormafwijkingen van het sacrum worden overigens meestal gerekend tot de fysiologische variëteiten.

De volgende bronnen werden geraadpleegd: Spalteholtz en Spanner (1959); Cailliet (1968); Huson (1968); Landsmeer (1968); Szirmai (1968); Huson (1970); Kingma (1971); Keim (1973); De Wilde (1973); Kingma e.a. (1977); Macnab (1977); McMinn en Hutchings (1977); Gerritsen (1979) en Martinez Martinez (1980).

De wervelkolom is geen circumsript orgaan of stelsel zoals het hart, de nieren of het zenuwstelsel. Het is een complex geheel van botstructuren, gewrichtjes, kraakbeen, spieren, pezen, ligamenten, zenuwen en bloedvaten, die een sterke anatomische samenhang hebben en waarvan de functie een complex samenspel van vele factoren is. De menselijke wervelkolom is een zuil van op elkaar geplaatste segmenten: zeven halswervels, twaalf borstwervels, vijf lendewervels, het heiligbeen en enkele staartwervels. Twee aan elkaar grenzende

wervels vormen samen de kleinste functionele eenheid. De grondvorm van deze functionele eenheid - ook wel bewegingssegment genoemd - is in verband te brengen met de functies die aan de wervelkolom als geheel kunnen worden toegeschreven.

Deze functies zijn:

- dragen en steunen
- bewegen: anteflexie, extensie, lateroflexie en rotatie om de lengte-as
- beschermen van het binnen de wervelkolom gelegen zenuwweefsel.

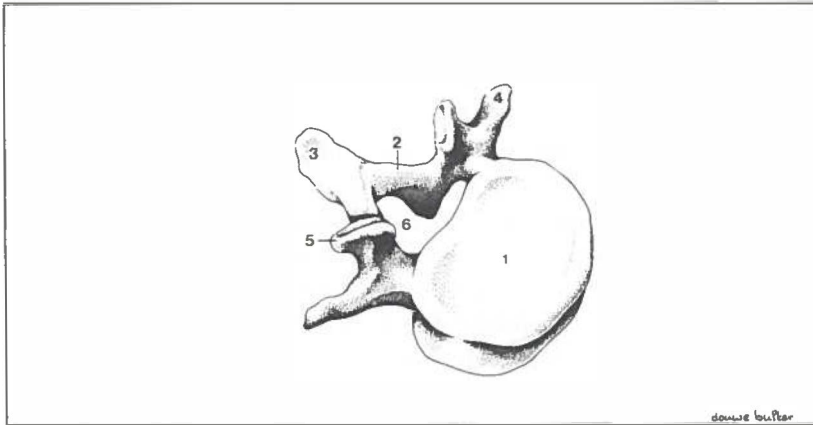
Anatomisch gezien verstaan we onder een bewegingssegment twee aan elkaar grenzende wervels met de tussenliggende discus intervertebralis, de wervelbooggewrichtjes en ligamenten. Het gedrag van de wervelkolom in zijn totaliteit bestaat uit een optelsom van de gedragingen der individuele bewegingssegmenten.

We onderscheiden aan de wervels (figuur 2):

- het corpus dat de drukkrachten doorleidt: steunende functie
- de arcus die het foramen vertebrale omgeeft: beschermende functie voor het ruggemerg
- de processus van de arcus, te weten:
 - de processus spinosus en de processus transversi, die fungeren als aanhechtingsplaats voor spieren en banden
 - de processus articulares als dragers van de gewrichtsvlakjes

De dragende functie van de wervelkolom wordt als het ware uitgeoefend door een 'driezuilensysteem', waarvan het corpus de voorste zuil en de beide intergewrichten de achterste zuilen vormen.

De tussen twee wervels gelegen discus intervertebralis heeft zowel in anatomisch als in fysiologisch opzicht een ingewikkelde structuur. Anatomisch is een discus vergelijkbaar met de band van een auto. De stuggere collagene vezels van de annulus fibrosus kunnen we dan beschouwen als de buitenband, die de met een gelatine-achtige substan-



Figuur 2 Bovenaanzicht van een lendewervel

- 1 corpus vertebrae
- 2 arcus
- 3 processus spinosus
- 4 processus transversus
- 5 processus articularis superior
- 6 foramen vertebrale

tie - collagene vezels in een interstitiële vloeistof waarin proteïne-polysaccharide complexen zijn opgelost - gevulde binnenband, de nucleus pulposus, omgeeft.

De nucleus pulposus bestaat op volwassen leeftijd voor ongeveer 70% uit water. De discus intervertebralis en wel vooral de nucleus pulposus heeft een sterke samenhang met de kraakbenige sluitplaten die de wervellichamen aan de boven- en onderzijde begrenzen. Zij zijn op de benige eindplaten van het wervellichaam door middel van een kalklaagje bevestigd. De nucleus pulposus is een avasculaire structuur; toch vindt er stofwisseling plaats. Door een combinatie van hygroscopische eigenschappen van groot-moleculaire stoffen en de semi-permeabele doorlaatbaarheid van de omgeving, vooral de kraakbenige sluitplaten, ontstaat er in onbelaste toestand een vochtstroom naar het centrum van de tussenwervelschijf.

Aan de discus kan een schokdempende en stabiliserende werking worden toegeschreven; dit hangt samen met zijn visco-elastische eigenschappen.

De ligamenten van de wervelkolom waaraan in mechanisch opzicht de meeste betekenis wordt toegekend, zijn de ligamenta longitudinalia, de ligamenta flava en de ligamenta interspinales. Het ligamentum longitudinale anterius bevindt zich aan de voorzijde van de wervelkolom en is vooral verbonden met de wervellichamen. Het waaiert met name in het laag-lumbale gebied uit en hecht zich aan aan het sacrum. Het ligamentum longitudinale posterius ligt dorsaal van de wervellichamen en is vooral met de tussenwervelschijven verbonden. In het lumbale gebied verloopt het vaak strengvormig en is daar minder goed ontwikkeld dan in het thoracale gebied. De ligamenta flava liggen nog meer dorsaal, namelijk tussen de wervelbogen; de ligamenta interspinales verlopen aan de achterzijde van de wervels tussen de doornuitsteeksels.

Ligamenten bieden in het algemeen weinig weerstand aan fysiologische bewegingen; dat geldt ook voor de ligamenten van de wervelkolom. Echter aan het einde van de fysiologische bewegingsuitslag vangen de ligamenten steeds meer de beweging op; ze remmen de terminale bewegingsexcursies af.

Wanneer we terugkeren tot het bewegingssegment in zijn totaliteit, dan moet nog vermeld worden dat de bewegingen in deze functionele eenheid bepaald worden door de posities van de gewrichtsvlakjes. Zo zijn door de verticale stand van de gewrichtsvlakjes van de lumbale wervels hier voornamelijk flexie- en extensiebewegingen mogelijk in het sagittale vlak. De schuin-frontaal geplaatste concave gewrichtsvlakjes van de thoracale wervels maken vooral latero-flexie en rotatie om de lengte-as mogelijk. Aangezien de totale beweeglijkheid van de wervelkolom bestaat uit een sommatie van de gedragingen der individuele bewegingssegmenten, is het dan ook niet verwonderlijk dat onze rug tot zulke grote bewegingsuitslagen in staat is.

De wervelkolom wordt overeind gehouden door de spieren van de romp. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen de lange en de korte vezelsystemen. De lange systemen, die begrijpelijkerwijs opervlakkiger liggen dan de korte, worden in het spraakgebruik samengevat als de musculus erector trunci. Binnen deze musculus erector trunci wordt een onderverdeling gemaakt in drie spieren en wel van mediaal naar lateraal: de musculus spinalis, de musculus

longissimus en de musculus iliocostalis. Als aanhechtingsplaats voor deze spieren dienen alle benige structuren die in het gebied van de rug liggen, zoals het os sacrum, het os ilium, de processus van de wervels en de ribben. De korte vezelsystemen van de intrinsieke musculatuur worden ingedeeld als de musculus transversospinalis, de muscoli interspinales en de muscoli intertransversarii. Afhankelijk van de plaats waar deze rugspieren zich bevinden, wordt het bijvoegsel lumborum of thoracis gebruikt. De spiermassa die het lumbosacrale deel van de romp omgeeft, heeft enerzijds een stabiliserende, anderzijds een mobiliserende functie. Agonisten en antagonistenvullen elkaar op een gedoseerde wijze aan en hierdoor wordt een vloeiende beweging van de rug mogelijk. Naast de spieren van de rug spelen ook de gluteaalmusculatuur, de heupflexoren en de buikwandmusculatuur een belangrijke rol in het functioneren van de wervelkolom. Aan de buikwand worden de volgende twee spiergroepen onderscheiden:

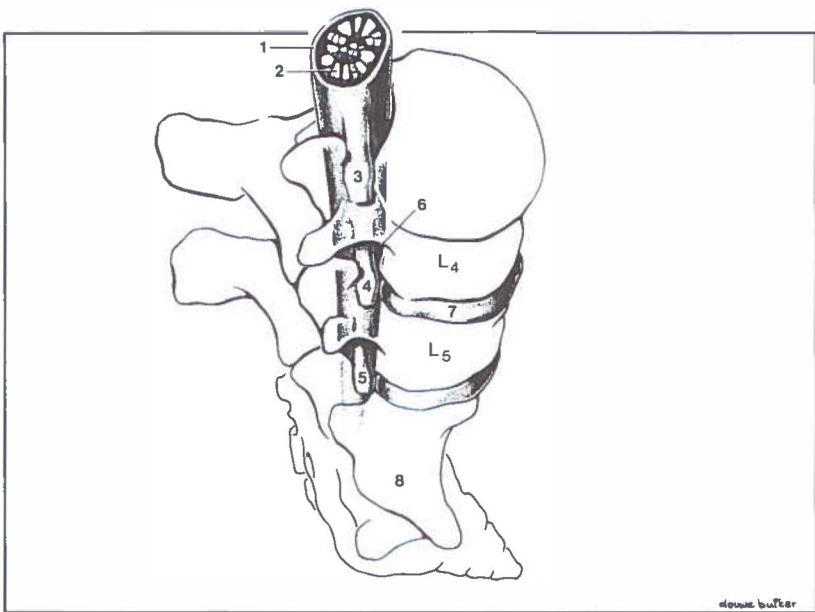
- medio-ventraal: de musculus rectus abdominis
 - deze spier bestaat uit verschillende buiken en verloopt vanaf de onderste ribben en het xyphoïed naar het os pubis en de symphysis; hij buigt de lumbale wervelkolom, comprimeert de buikinhoud en biedt een aangrijpingspunt voor de overige spieren van het buikspier-'corset'
- lateraal: de musculus transversus abdominis, de musculus obliquus internus en externus
 - deze spiergroep omvat de buikinhoud en vormt als het ware een natuurlijk 'corset'

Uit het bovenstaande is te begrijpen dat een insufficiënte buikwandmusculatuur kan leiden tot rugklachten.

Rugpijn kan ook ontstaan door een ruimte-innemend proces in het wervelkanaal, daarom verdient ook de nauwe anatomische samenhang tussen het ruggemerg met zijn uittredende wortels, het foramen intervertebrale, de tussenwervelschijf en het intergewricht onze aandacht.

De benige wervelkolom neemt tijdens het groeiproces van de mens meer in lengte toe dan het ruggemerg, hetgeen tot gevolg heeft dat

het ruggemerg op volwassen leeftijd niet verder reikt dan tot aan de ondergrens van de eerste lumbale wervel. Dit betekent dat de uit-tredende wortels van het ruggemerg in dit gebied, de cauda equina, alle met een scherpe hoek naar beneden lopen. Op een lager niveau wordt het foramen intervertebrale doorkruist. Een ruimte-innemend proces, bijvoorbeeld in het gebied tussen de vierde en vijfde lumbale wervel, kan leiden tot druk op de vijfde lumbale wortel in zijn verloop naar caudaal waar deze wortel uittreedt tussen de vijfde lendewervel en het sacrum. Figuur 3 geeft deze nauwe anatomische samenhang tussen de lumbale wervelkolom en het ruggemerg met zijn wortels aan.



Figuur 3 Zijaanzicht van de lumbosacrale wervelkolom met daarin het ruggemerg en de uit-tredende wortels

- 1 dura mater
- 2 cauda equina
- 3 t/m 5: 3e t/m 5e lumbale ruggemergswortel
- 6 foramen intervertebrale
- 7 discus intervertebralis
- 8 sacrum

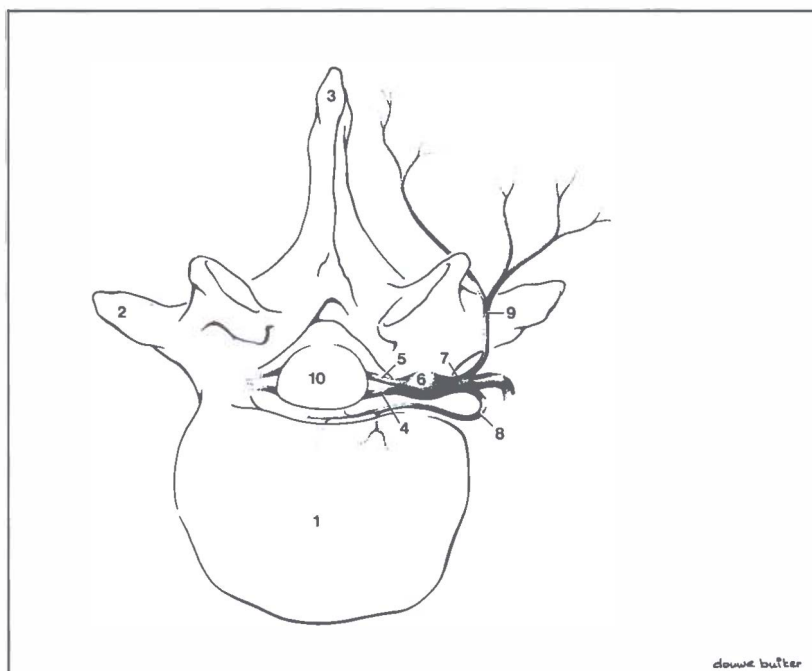
Uit deze figuur is gemakkelijk af te leiden dat zowel een zwelling uitgaande van de tussenwervelschijf als een zwelling die uitgaat van het tussenwervelgewricht, maar ook veranderde anatomische verhoudingen van de wervelbogen tot gevolg kunnen hebben dat er druk op een wortel optreedt. Deze druk veroorzaakt dan weer stoornissen in de sensibiliteit, de motoriek en de reflexpatronen in het verzorgingsgebied van deze ruggemergswortel. Vanwege het gebundeld verloop van de lumbale en sacrale zenuwen naar distaal kan een zwelling onder het niveau van de eerste lumbale wervel meer dan één zenuw comprimeren.

Allerlei aandoeningen van de wervels en de weefsels eromheen kunnen door prikkeling van de sensibele vezels in dit gebied leiden tot stoornissen die erg lijken op die welke veroorzaakt worden door druk op de zenuwwortel zelf (pseudoradiculair syndroom).

Pijnreceptoren en pijngeleidende vezels zijn aangetoond in de ligamenten, de spieren, het periost van de wervels, de buitenste vezelagen van de annulus fibrosus en de synovia van de intervertebraalgewrichtjes (Adams en Victor 1977).

De binnenzijde van het wervelkanaal, met name het ligamentum longitudinale posterius, het periost, de achterzijde van de annulus fibrosus en de ventrale zijde van de dura mater worden sensibel geïnnerveerd door de rami sinuvertebralis, ook wel rami meningici recurrentes genoemd. Deze reeds door Luschka (1850) beschreven zenuwtak ontspringt uit de ruggemergszenuw - nervus spinalis - juist distaal van het ganglion spinale, even buiten het foramen intervertebrale, loopt dan terug door dit foramen en vertakt zich vervolgens in het wervelkanaal. De ramus posterior van de nervus spinalis vertakt zich in een mediale en een laterale tak (figuur 4).

De intervertebrale gewrichten, de interspinale ligamenten en de huid van het onderste gedeelte van de romp, de nates en de bovenbenen (tot de trochanter major) worden sensibel verzorgd door de rami posteriores van de wortels L1, L2 en L3, die bovendien de diepe mediale lange rugspieren motorisch innervieren. De wortels L4 en L5 hebben geen ramus posterior. Door talrijke anastomosen tussen de wortels van verschillende niveaus bestaat er een overlapping tussen de segmentale innervatiegebieden van bovengenoemde wortels. Het gegeven dat pijnlijke aandoeningen van de rug gepaard kunnen gaan



Figuur 4 Bovenanzicht van een lumbale wervel met daarin een schematische weergave van een ruggemergszenuw

- 1 corpus vertebrae
- 2 processus transversus
- 3 processus spinosus
- 4 voorwortel
- 5 achterwortel
- 6 ganglion spinale
- 7 nervus spinalis
- 8 ramus sinuvertebralis
- 9 ramus posterior
- 10 ruggemerg

met reflectoire spierspasmen, wordt uit de beschreven nauwe anatomische samenhang tussen motorische en sensibele vezels duidelijk.

De somatisch afferente vezels die de geleiding van impulsen uit de huid, de skeletspieren en de gewrichten naar het centrale zenuwstelsel verzorgen, komen via de achterwortel in de achterhoorn van

het ruggemerg en hebben daar synapsen met andere zenuwen, waarvan de axonen naar andere structuren op het niveau van het ruggemerg zelf, de hersenstam, de thalamus of de cortex cerebri verlopen. De belangrijkste afferente vezelbaan die, na kruising, de pijn naar centraal geleidt, is de tractus spinothalamicus. Vanuit de thalamus vindt weer een impulsoverdracht plaats naar zenuwtakjes die eindigen in de cortex cerebri. Op de hersenschors is in vergelijking tot de mond en de hand voor de rug slechts een klein projectieveld aanwezig.

Jarenlang heeft men gedacht dat vooral het sacro-iliacaal gewricht een bron was van lage rugpijn. Nu echter weten we dat de benige configuratie, de beperkte bewegingsmogelijkheid en de krachtige ligamenten dit gewricht extreem stabiel maken en in staat stellen de fysieke traumata van alle normale dagelijkse activiteiten te weerstaan. Alleen in het laatste trimester van de zwangerschap, wanneer de ligamenten in dit gebied 'slapper' worden, kunnen door overbelasting lage rugklachten ontstaan.

De mens is het eerste schepsel dat op twee benen, dus rechtop, loopt: de homo erectus. Ten opzichte van de viervoeters mag dit misschien een fylogenetische sprong zijn, maar in mechanisch opzicht is deze ontwikkeling waarbij de wervelkolom van een zware, horizontale 'balk' tot een verticale 'mast' is geworden, niet geheel ongestraft gebleven. Van Heusden (1953) geeft zijn bedenkingen als volgt weer: 'De wervelkolom van de mens is een zonderling instrument. In vergelijking met alle gewervelde dieren is hier een brug tot zuil geworden. Maar welk een zuil! Opgebouwd uit onderling beweeglijke bouwstenen, gefixeerd door banden en het toch nog beweeglijke hekwerk der ribben, steunend tenslotte op een niet horizontaal, maar schuin naar voren afhellend grondvlak, dat zich nog steeds in een ontogenetische onrust bevindt. De mens verheft zich boven het dier, niet alleen door zijn ingewikkelder hersenwindingen maar ook door zijn verticale stand. Of het laatste, gezien deze beweeglijke zuil, deze stengel in de wind, steeds een voordeel is, staat nog te bezien en ik vraag mij af, of de Romeinen, die aanlagen aan de dis, geen verstandiger leefwijze hadden dan wij, die door onze zogenaamde dynamische tijd deze zuil midden op de dag geen enkele rust gunnen.'

Houding kan gedefinieerd worden als de relatie van delen van het lichaam ten opzichte van de zwaartelij. Voor het handhaven van deze houding is weinig spieractie nodig. Er bestaat als het ware een toestand van voortdurend balanceren. Elektromyografisch zijn de spieren in de staande rustpositie grotendeels in rust, met uitzondering van de kuitspieren. Dit houdt verband met het gegeven dat het zwaartepunt van de romp in de borstholte is gelegen, ongeveer vóór het wervellichaam van thoracale 11, althans in de staande rusthouding. De wervelkolom wordt in rust als het ware steeds in ventrale richting getrokken. Corrigerende krachten, met name vanuit de kuitspieren, zijn dus voortdurend nodig. De kuitspieren zijn de enige actieve 'houdingsspijeren'; in rust is er sprake van een 'spierbalans' waarvoor minimale energie nodig is. Bij een permanent verstoorde houding is echter meer spieractie nodig om het evenwicht te handhaven.

In staande positie zijn in het sagittale vlak aan de wervelkolom vier curven te onderscheiden, namelijk:

- een cervicale lordose
- een thoracale kyfose
- een lumbale lordose
- een sacrococcygeale kyfose

Deze bochten zijn pas op de leeftijd van ongeveer acht jaar te onderscheiden. In het embryonale stadium ligt de foetus in een opgerolde houding. Als het kind ruim één jaar oud is, heeft het lendedeel zich gestrekt en vanaf de leeftijd van drie jaar ziet men de lumbale lordose ontstaan.

Over de vraag waarom de mens van viervoeter tweevoeter is geworden, is door antropologen veel gefilosofeerd. Veelal verklaren zij de evolutie van de rechtopgaande mens uit min of meer toevallige veranderingen van de levensgewoonten van onze voorvaders. Een heel bijzondere visie is die van De Snoo (1939), die wijst op het belang van een zo veilig mogelijk verlopende baring. Bij een houding waarbij het bekken het laagste gedeelte van de buik inneemt, is de kans op een hoofdligging van het ongeboren kind het grootst en dientengevolge de geboorte van een levende vrucht het meest gewaarborgd. In de tijd

van De Snoo was de sterfte bij een stuitligging ongeveer 10% en bij een hoofdligging ongeveer 1%. Daar de mens doorgaans maar één kind per keer baart, is een veilig baringsproces van eminent belang voor de instandhouding van de soort.

Naast het gemeenschappelijke kenmerk dat alle mensen rechtop staan, is ieder van hen te herkennen door zijn of haar eigen houding. Verschillende factoren bepalen deze houding:

- de vorm van de benige delen
- de stevigheid van het bandapparaat
- de spiertonus
- de bekkenkanteling
 - het bekken is de basis waarop de wervelkolom rust; iedere verandering in de stand van het bekken verandert ook de positie van de vijfde lendewervel en daardoor de normale curvaturen van de wervelkolom
- psychische factoren
 - houding is ook de uitdrukking van innerlijke emoties; iemands houding kan wijzen op een bepaalde emotie; je zou kunnen zeggen dat de houding als het ware de 'somatisatie' van de innerlijke spankracht is

4 LAGE RUGKLACHTEN ALS KLACHT IN DE PRAKTIJK VAN DE HUISARTS

4.1 DE ANAMNESE EN HET LICHAMELIJK ONDERZOEK

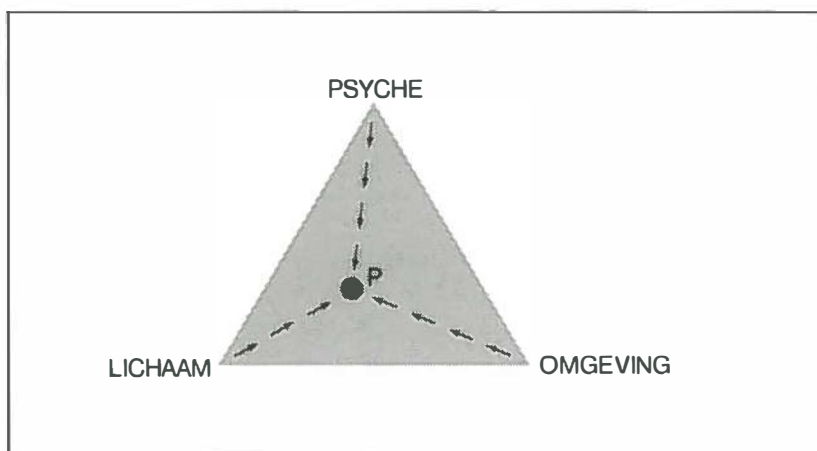
1 Inleiding

In de stroom van patiënten die de huisarts dagelijks ziet, zal hij lage rugklachten in een relatief kort tijdsbestek op zijn ernst moeten schatten en tot een zo verantwoord mogelijke diagnose en therapie moeten komen. Dit lijkt haast een onmogelijke opgave. Immers, zo zegt Van Rens (1977): 'Een goed onderzoek bij een patiënt met lage rugklachten is tijdrovend.' Toch zal een huisarts met enige ervaring doorgaans binnen de tijdsduur van een consult tot een diagnose - een (voorlopige) formulering om te kunnen handelen - komen. Waarschijnlijk hangt dit samen met zijn manier van werken. Zo bleek uit een onderzoek van Feightner e.a. (1977) dat huisartsen snel hypothesen vormen waarmee zij het probleem van de patiënt gestalte geven. De voornaamste hypothesen worden al in de eerste minuut gevormd; de rest van de tijd is voor toetsing. Volgens deze onderzoekers dienen de via anamnese en lichamelijk onderzoek verkregen gegevens niet in de eerste plaats voor de hypothesevorming maar voor de toetsing. Anders gezegd betekent dit dat veel conclusies ook al in het begin van het consult worden getrokken en dat in de resterende tijd geprobeerd wordt informatie van de patiënt te verkrijgen teneinde het eerste beeld dat de huisarts zich gevormd had, te bevestigen of te falsificeren.

Koekenberg (1971) vond bij 2700 door hem onderzochte patiënten met lage rugpijn slechts in 25 gevallen een duidelijk omschreven ziektebeeld dat de klachten kon verklaren. Ongeveer 10% van zijn patiënten had geen aantoonbare afwijkingen.

Hoe komt het dat die ene patiënt, die weinig of niets 'mankeert', zo klaagt en zich arbeidsongeschikt voelt, terwijl een ander, die ernstige afwijkingen heeft, niet klaagt en hard werkt? Ongetwijfeld moeten

hier andere dan strikt somatische factoren een rol spelen. Het is met name de psychiater Weijel (1967; 1968; 1969a; 1969b; 1972; 1973) geweest die gewezen heeft op het belang van psychogene factoren bij lage rugklachten. Volgens Weijel (1967) kan het beeld dat de zieke mens toont, bepaald worden door drie aspecten, te weten: zijn lichamelijke afwijking, zijn psychische reactie daarop en ten derde de invloed die het milieu van de patiënt op deze twee aspecten uitoefent. Kingma (1973a) heeft deze gedachtengang in een schema (figuur 5) ondergebracht. Hierin geeft de plaats van de patiënt (P) aan hoe de drie verschillende factoren de klacht bepalen. Voor de huisarts is het gebruik van dit schema aan te raden.



Figuur 5 Driehoek waarvan de hoeken worden gevormd door psyche, lichaam en omgeving (naar Kingma 1973a)
P = patiënt

Het beoordelen van de patiënt met lage rugklachten kan moeilijk zijn. De huisarts kan niet alleen volstaan met het lichamelijk onderzoek maar moet ook oog hebben voor de geestelijke gesteldheid en de levensomstandigheden van de patiënt. Hij zal moeten proberen door het opnemen van de anamnese, het doen van een lichamelijk onderzoek en het inwinnen van informatie zich een oordeel te vormen over de lichamelijke en de psychosociale factoren. Querido (1955) spreekt in dit kader van een 'integrale diagnose'. Kingma (1971) stelt ten

aanzien van patiënten met lage rugpijn: 'De medicus zal voor de beoordeling al zijn kennis, al zijn ervaring en vooral zijn mensenkennis hard nodig hebben.'

Ook al zouden wij er nog zo van overtuigd zijn dat het vooral de psychosociale problematiek is die samenhangt met de klachten van de patiënt, er zijn volgens Weijel (1967) twee redenen waarom het als een kunstfout beschouwd moet worden wanneer er in eerste instantie niet een zorgvuldig lichamelijk onderzoek gedaan wordt en wel:

- De mogelijkheid van een ernstige ziekte, die zich aanvankelijk slechts als een vaag neurastheen syndroom manifesteert. Het is het schrikbeeld van elke arts, dat hij ernstige zaken zoals een wervelmetastase of een ruimtebeperkend proces in het wervelkanaal over het hoofd zou kunnen zien.
- Het feit dat alle psychische spanningen somatisch beleefd worden en zich somatisch kunnen fixeren. Van het gehele probleem wordt alleen de somatische kant gepresenteerd. Daar waar de klacht gepresenteerd wordt, geeft de patiënt echter een opening; derhalve moet hij daar in eerste instantie tegemoet gekomen worden.

Elke huisarts heeft zijn eigen manier van onderzoeken. De één zal bij een eerste consult de patiënt al uitvoerig bekijken, de ander zal het onderzoek over een aantal zittingen uitspreiden en van keer tot keer beslissen aan welke delen van het onderzoek hij de grootste aandacht zal schenken. De keuze voor één van deze methoden is een persoonlijke keuze van de arts. De manier van onderzoek die hierna besproken wordt, is ook niet beter dan andere. Een feit is echter wel dat een uniforme benadering de overdraagbaarheid van onderzoekresultaten in belangrijke mate kan vereenvoudigen.

2 Het onderzoekschema

Het onderzoekschema gaat uit van de situatie dat de patiënt de huisarts bezoekt. Bij het onderzoek van de patiënt kunnen we een aantal fasen onderscheiden. Bedacht dient te worden dat deze fasen elkaar vaak overlappen. De fasen zijn:

- 1 De patiënt komt de spreekkamer binnen
- 2 De anamnese
 - de somatische anamnese
 - de psychosociale anamnese
- 3 De patiënt kleedt zich uit
- 4 Het lichamelijk onderzoek, dat bestaat uit:
 - het onderzoek in staande houding
 - het onderzoek in rugligging
 - het onderzoek in buikligging
- 5 De patiënt kleedt zich weer aan
- 6 Aanvullende anamnese
- 7 Afspraken over een eventueel nader onderzoek

2.1 De patiënt komt de spreekkamer binnen

De manier waarop de patiënt uit de wachtkamerstoel omhoog komt, de manier waarop hij loopt en weer gaat zitten, geeft al een eerste indruk over de ernst van de klachten. Ook de gelaatsuitdrukking is van belang.

Met deze fase is het onderzoek eigenlijk al begonnen. Huisartsen die hun patiënten in vele andere situaties hebben meegemaakt en hun gedrag bij pijn kennen, weten meestal in dit stadium al hoe ze de klacht moeten taxeren.

2.2 De anamnese

Hoewel het naast elkaar stellen van lichaam en geest juist bij de patiënt met lage rugklachten niet logisch is, is het toch in velerlei opzicht raadzaam geest en lichaam te onderscheiden bij het opnemen van de anamnese. Weijel (1967) heeft er echter herhaaldelijk op gewezen dat het onderzoek naar psychosociale factoren zoveel mogelijk ingebouwd moet worden in het opnemen van de anamnese en het lichamelijk onderzoek. In de dagelijkse praktijk is dit ook heel goed mogelijk, want de huisarts kan het ene moment somatisch gerichte vragen stellen, het andere moment kan hij in meer psychosociale richting vragen. Deze omschakeling kan van de ene vraag op de andere plaatsvinden. Het is dan ook alleen terwille van de overzichtte-

lijkheid dat hier wel onderscheid gemaakt wordt tussen de somatische en de psychosociale anamnese.

— de somatische anamnese

De klacht van de patiënt is meestal: 'Ik heb rugpijn' of 'Ik heb pijn in de rug', waarbij in sommige gevallen spontaan wordt aangegeven dat de pijn uitstraalt in één of beide benen. Zijn de klachten acuut ontstaan, dan deelt de patiënt dit in de regel mee onder vermelding van de mogelijke 'oorzaak'. Vaak is hij al vertrouwd met de klacht en geeft hij aan dat 'ontzien van de rug, warm houden en smeren' sinds korte of langere tijd niet meer helpen.

De arts vraagt hoe lang de pijn reeds bestaat, of deze acuut of langzaam is begonnen en of de patiënt vroeger ook al eens last van deze klacht heeft gehad en wat er dan destijds door de patiënt zelf of door een arts aan is gedaan.

Gevraagd wordt naar een aanwijsbare oorzaak of een uitlokkend moment zoals een trauma, vertillen of kouvatten. Verder zal een antwoord moeten worden verkregen op de volgende vragen:

Wat is de precieze lokalisatie van de pijn en hoe straalt deze uit? Zijn er ook subjectief beleefde sensibiliteitsstoornissen in de zin van paraesthesieën?

Is de klacht voortdurend aanwezig?

Heeft bewegen of rust invloed en bij welke bewegingen wordt de meeste pijn gevoeld?

Hebben hoesten, niezen, persen of lachen invloed op de pijn?

Klaagt patiënt over verlies van spierkracht in één of beide onderbenen?

Zijn er mictie en/of defaecatiestoornissen?

Op welk moment van de dag is de pijn het hevigst?

Draagt de patiënt 'iets stevigs' om de rug of gebruikt hij steunzolen?

Wordt er uit de nu verzamelde gegevens nog geen duidelijk beeld verkregen van de klachten dan is het noodzakelijk de anamnese uit te breiden naar de verschillende tracti, daar onbegrepen rugklachten niet alleen het eerste symptoom kunnen zijn van een wervelmetastase, maar ook kunnen voorkomen bij aandoeningen van galblaas, maag, pancreas, colon, urinewegen, genitaliën of bloedvaten.

Vermeld dient nog te worden dat de wijze waarop over de rug ge-

klaagd wordt van groot belang is: slaagt de patiënt erin ons mee te laten voelen met zijn pijn of raken wij geïrriteerd? Volgens Dokter en Voorhoeve (1962) kunnen deze gevoelens van irritatie bij de arts erop wijzen dat er zeer waarschijnlijk nerveuze factoren zijn die bij deze patiënt de pijn mede bepalen. Het verdient aanbeveling de vragen aan de patiënt over zijn pijn niet te gericht te stellen. Bijvoorbeeld niet: 'Hebt U bij bukken pijn?' maar: 'Bij welke beweging hebt U nu de meeste pijn?' Opvallend is namelijk dat de patiënt bij wie psychische factoren in het klachtenpatroon een duidelijke rol spelen, vaak geen keuze kan maken, in tegenstelling tot de patiënt met een meer somatisch bepaalde rugpijn. De eerstgenoemde geeft aan dat 'alle bewegingen hem pijn doen', de laatstgenoemde weet vaak wél een bepaalde beweging te noemen die hem het meest hindert. Juist dit 'niet kunnen kiezen' kan een graadmeter zijn voor de aanwezigheid van psychische factoren. Bij een 'functionele overdekking' worden de klachten veelal vaag en soms zelfs bizar aangegeven.

— de psychosociale anamnese

Weijel heeft erop gewezen dat een zeker inzicht in het psychosociale functioneren van de patiënt met lage rugklachten erg belangrijk is. Hij meent dat dit inzicht vrij eenvoudig te verkrijgen is door een aantal eenvoudige, voor de hand liggende vragen te stellen. Deze vragen moeten liefst al in een vroeg stadium worden gesteld. Weijel (1969a) formuleert het als volgt: 'Enkele korte, oriënterende vragen over werk, gezin en familie zijn altijd op hun plaats; ik meen zelfs dat huisartsen een kunstfout begaan als zij deze vragen niet bij een eerste onderzoek stellen... Mist men de diagnose van de psychosociale factoren, dan gaat het lage rugpijnsyndroom een eigen leven leiden, dan loopt men de kans dat het inslijpt, dat het een regelmatig terugkerend reactiepatroon wordt telkens wanneer een belasting te groot wordt.' Vaillant en McArthur (1972) hebben aangetoond dat veel mensen een in de loop van hun leven min of meer constant blijvend lichamelijke reactiepatroon op verschillende soorten van emotionele stress vertonen. Rooymans (1977a) wijst er dan ook op dat in de psychiatrische diagnostiek van lichamelijke klachten de vraag aan de patiënt of hij in het algemeen op stress reageert met lichamelijke verschijnselen en zo ja, met welke, niet mag ontbreken. Weijel (1967) waar-

schuwt zowel voor teveel als voor te weinig vragen over het emotioneel functioneren. We weten immers dat patiënten makkelijker een somatisch lijden aanvaarden dan een psychisch lijden, temeer omdat dit laatste voor hen en hun omgeving nogal eens geïnterpreteerd wordt als een psychisch falen. Teveel doorvragen in een (te) vroeg stadium zou de patiënt kunnen afschrikken. Aan de andere kant zal de patiënt, wanneer de arts een naar zijn idee wel duidelijk aanwezige psychosociale problematiek kennelijk negeert, zijn klachten kunnen gaan somatiseren. Men kan dit 'speuren naar een aanwezige psychosociale factor' het onderzoek naar de persoonlijke omstandigheden van de patiënt noemen. Dit onderzoek zal naast vragen over het werk en de werksfeer, ook vragen over het gezinsleven moeten omvatten. Weijel (1969b) veronderstelt dat artsen deze vragen vaak achterwege laten, omdat zij menen de eventuele problemen dan ook te moeten oplossen. Terecht echter wijst hij erop dat de arts de 'catharsis' van het uitpraten door de patiënt niet moet onderschatten.

Al mogen sommige collegae betwijfelen of het raadzaam is al in een eerste contact met een patiënt met lage rugklachten het persoonlijk functioneren van de patiënt in het onderzoek te betrekken, het zal duidelijk zijn dat er een nader onderzoek naar de psychosociale aspecten van de rugklachten vereist is, vooral als de klachten blijven en als er geen duidelijk organisch substraat voor de klachten gevonden is. In vele gevallen zal ook de voorkennis die de arts over de patiënt heeft en de presentatie van de klacht wel duidelijk maken of een verder psychosociaal exploreren gewenst is. Volgens Rooymans (1977a) is het in het algemeen verstandig te beginnen met de vraag aan de patiënt of hij zelf een samenhang ziet tussen zijn klachten en emotionele spanningen. De gedachte dat een dergelijke vraag als kwetsend zou worden ervaren en ontkennend zou worden beantwoord, wordt gelogenstraft door een archiefonderzoek van Rooymans (1977b) over 223, in diverse klinieken opgenomen patiënten met hardnekkige lichamelijke klachten. Hij vond daarbij dat ruim één-derde deel van de patiënten een bevestigend antwoord gaf op de vraag of zij samenhang zagen tussen de klachten en psychische spanningen. Weijel (1961) construeerde in zijn 'Medische Psychologie' een vragenlijst voor het opnemen van een psychosociale anamnese die weliswaar formeel niet verder gaat dan een oriëntering, maar die voor de arts een goed hulpmiddel is om de psychosociale problemen van de

patiënt duidelijk voor ogen te krijgen. Hij wijst erop dat een psychosociaal onderzoek door elke arts in een tijdsbestek van vijftien tot twintig minuten kan worden verricht en vragen dient te bevatten over het ouderlijk milieu, de scholing, het beroepsleven, het huwelijksleven, de samenstelling van het gezin en de doorgemaakte ziekten. Gezien het belang ervan voor de huisartspraktijk wordt een verkorte, gemodificeerde weergave van de psychosociale anamneselijst van Weijel hier vermeld.

PSYCHOSOCIALE ANAMNESELIJST

Ouderlijk gezin:

Leven Uw ouders nog?

Zo niet, waaraan en wanneer zijn ze overleden? Hoe oud was U toen?

Wat was het beroep van Uw vader/moeder?

Was er een goede sfeer thuis? Hebt U een goede herinnering aan Uw jeugd?

Met wie kon U het beste opschieten, met vader of moeder?

Hoeveel broers en zusters waren er?

Wanneer ging U uit huis?

Scholing:

Welke opleiding hebt U gehad?

Wel eens blijven zitten of gezakt?

Welke diploma's gehaald?

Bent U tevreden met de opleiding die U hebt gehad?

Bent U in militaire dienst geweest?

Afgekeurd? Indien afgekeurd, waarom?

Beroep:

Wat doet U voor werk momenteel?

Bevalt dit werk U?

Kunt U goed opschieten met Uw collegae?

Hebt U andere beroepen gehad?

Wel eens ontslagen? Waarom?

Wel eens werkloos geweest? Hoe lang?

Vindt U dat U voldoende wordt gewaardeerd en betaald?

Werkt Uw vrouw ook buitenshuis? Hoeveel?

Hebt U voldoende vrije tijd? Wat doet U dan? Wat zijn Uw hobby's? Bent U lid van een vereniging?

Huwelijk:

Hoe oud waren U en Uw vrouw toen U trouwde?
Kende U elkaar al lang?
Zijn U of Uw vrouw eerder getrouwd geweest?
Bent U gelukkig getrouwd?
Bent U het op vele punten eens/oneens?
Kunt U goed opschieten met Uw schoonfamilie?
Trekt U één lijn bij de opvoeding van de kinderen?
Zijn U of Uw vrouw aangesloten bij een kerkgenootschap?
Bent U actief in de kerk?

Kinderen:

Hoeveel kinderen hebt U?
Zijn ze doorgaans gezond? Ook problemen met de kinderen?
Hoe oud is de jongste, hoe oud is de oudste?
Op welke school zitten ze? Welk beroep hebben ze?
Zijn er al kinderen de deur uit? Komen ze nog regelmatig thuis?
Is er thuis voldoende ruimte voor iedereen?

Het ziekteverleden:

Welke ziektes hebt U gehad? (vooral de manier waarop het antwoord gebracht wordt, is van belang; komt het 'echt' over)
Bent U wel eens opgenomen geweest in een ziekenhuis? Hoe hebt U dat ervaren?
Bent U wel eens in contact geweest met een psychiater, hetzij voor U zelf, Uw echtgenoot of de kinderen (MOB)?

Uiteraard vergt een dergelijk psychosociaal onderzoek meer tijd dan de huisarts gewend is op het spreekuur aan een patiënt te geven, maar zeer waarschijnlijk zal het een groter rendement opleveren voor de patiënt en minder kosten met zich meebrengen dan het voor de zoveelste keer lichamelijk onderzoeken van de patiënt of het voorschrijven van medicamenten of fysiotherapie.

Koekenberg (1971) - een orthopaedisch chirurg - wijst ons erop dat hij bij de behandeling van patiënten met lage rugpijn uitgaat van de hypothese dat deze pijn een syndroom is dat multiconditioneel wordt bepaald, waarbij psychogene factoren een belangrijke rol spelen. Deze opmerking onderstreept het belang van psychosociaal onderzoek bij lage rugpijn.

Ook voor het opsporen van psychosociale factoren kunnen we beschikken over verschillende tests en vragenlijsten.

In de Verenigde Staten is één van de meest gebruikte vragenlijsten de Minnesota Multiphasic Personality Inventory - de MMPI - aan de samenstelling en ontwikkeling waarvan Hathaway en McKinley (1941) hun krachten hebben gewijd. Deze lijst, die ook in ons land wel bekend is, telt aparte schalen voor negen diagnostische categorieën (hypochondrie, depressie, psychasthenie, histerie, hypomanie, psychopathie, masculiniteit-feminiteit, paranoia en schizofrenie). Het is vooral deze MMPI die door vele onderzoekers is gebruikt om een onderscheid aan te tonen tussen patiënten met organische en functionele rugklachten (Hanvik 1951, Phillips 1964, Beals en Hickman 1972, Sternbach e.a. 1973a, Wilfling e.a. 1973, Gentry e.a. 1974, Timmermans en Sternbach 1974, Sternbach en Timmermans 1975, Wiltse en Rocchio 1975, Calsyn e.a. 1976, Freeman e.a. 1976, Gilchrist 1976, Maruta e.a. 1976a, Calsyn e.a. 1977, McCreary e.a. 1977). Ook andere tests, zoals de Middlesex Hospital Questionnaire - genoemd in een artikel van Forrest en Wolkind (1974) - en uitgebreide vragenlijsten waarop de door de patiënt geuite 'pijnwoorden' (Leavitt e.a. 1978) worden weergegeven, zouden moeten dienen om somatische en psychische factoren bij lage rugpijnpatiënten te ont-rafelen. Ransford e.a. (1976) bedachten een andere methode, namelijk de 'pijntekening': zij laten de patiënt een tekening maken waarin deze weergeeft waar en hoe hij de rugpijn voelt.

Ook in ons land zijn tests ontwikkeld die als psychodiagnostisch hulpmiddel kunnen dienen. Ik noem hier de veel toegepaste Nederlandse persoonlijkheidsquestionnaire, de Amsterdamse Biografische Vragenlijst - de ABV - die is ontwikkeld door Wilde (1963) en de Vragenlijst voor Onderzoek van de Ervaren Gezondheidstoestand - de VOEG - die is samengesteld door Dirken (1969).

Alle tot nu toe genoemde tests zijn echter in de huisartspraktijk moeilijk bruikbaar, niet alleen vanwege hun uitgebreidheid maar ook vanwege het feit dat voor hun bewerking de deskundigheid is vereist van andere disciplines. Meer in de praktijk toepasbaar lijkt de Huisartsen-Anamneselijst - kortweg HAL genoemd - (Bremer en Brouwer 1969, Bremer 1980a). Deze lijst kan de patiënt thuis invullen. Dat neemt ongeveer een half uur in beslag.

2.3 De patiënt kleedt zich uit

In tijden waarin begrippen als efficiency en tijd steeds belangrijker lijken te worden, zal ook de huisarts streven naar een zo optimaal en snel mogelijk verloop van zijn spreekuur.

Voor vele huisartsen is het langzamerhand usance een aparte onderzoekkamer met of zonder kleedsluis te hebben. Bij patiënten met rugklachten is dit beslist geen voordeel omdat het uitkleden en aankleden van de patiënt zich dan aan het gezichtsveld van de arts onttrekt. Het is belangrijk te zien hoe de patiënt zich bukt om zijn schoenveters los te maken, hoe hij zijn hemd uittrekt en hoe hij de kleren van de stoel pakt om ze weer aan te doen. Hoe minder de patiënt merkt dat zijn arts hem bij deze bezigheden observeert, hoe beter de arts kan beoordelen op welke wijze de patiënt door zijn klacht gehinderd wordt. Wanneer onderzoekkamer en spreekkamer gescheiden zijn, zou de arts er goed aan doen een modus te vinden waarbij hij toch een klein deel van het aan- en uitkleedproces kan meemaken.

2.4 Het lichamelijk onderzoek

Hier wordt het lichamelijk onderzoek in engere zin bedoeld. Voorwaarde is dat de te bespreken onderzoeksmethoden eenvoudig uitvoerbaar moeten zijn in de spreekkamer van de huisarts.

Het onderzoekschema dat hierna besproken wordt, is ontleend aan de studieboeken van de volgende auteurs: Chapchal (1962); Cailliet (1968); Cyriax (1969); Oosterhuis (1974a); Kingma e.a. (1977); Macnab (1977); Kuijjer (1978); Lodewick (1978) en Mumenthaler (1979).

Voor een goed onderzoek moet de patiënt geheel ontkleed zijn. Het is onmogelijk een rug te onderzoeken bij een patiënt met een omlaag gelaten broek en/of een omhoog gerold hemd. De patiënt moet op een afstand van zeker twee meter kunnen worden bekeken bij staan en bewegen. Hiervoor moet de arts niet alleen beschikken over de nodige ruimte, ook goed licht is noodzakelijk.

— het onderzoek in staande houding

.. algemene inspectie

Voor een algehele beoordeling wordt de patiënt op enige afstand in zijn geheel bekeken, terwijl hij ongedwongen staat. Hoe is de habitus, hoe zijn zijn proporties, hoe is de voedingstoestand, hoe zijn de contouren, staat hij recht of scheef?

Ook de huid wordt bekeken. Gelet dient te worden op littekens, fистels, roodheid, zwelling en beharing. Zo treedt bij een aangeboren afwijking van de wervelkolom nogal eens een abnormale beharing van de lendestreek op.

.. inspectie van de romp

. van achteren

De arts gaat recht achter de patiënt staan. De patiënt staat met de voeten iets uit elkaar, liefst zo gemakkelijk en ontspannen mogelijk. De arts laat de patiënt eerst aanwijzen waar hij de pijn precies voelt. Gekeken wordt of de beide benen even sterk worden belast, of de schouders op gelijke hoogte staan, of het bekken horizontaal staat en of de taille-luchtfiguren tussen de romp en de los afhangende armen gelijk zijn. Gelet moet worden op het in een rechte lijn liggen van de processus spinosi. Bij twijfel kan men een touwtje met een gewichtje eraan laten afhangen vanaf de onderste cervicale wervel en op die manier beoordelen of de wervels 'in het lood' staan. Ook kan met de vingers een streep van boven naar onderen over de processus spinosi worden getrokken waardoor door de ontstane hyperaemie van de huid een lijn ontstaat die recht dient te zijn. Verder is het van belang te letten op zijdelingse krommingen. De convexiteit en de plaats van de scoliotische bocht worden genoteerd.

Al in de ruststand is het mogelijk een indruk te krijgen of de patiënt redelijk ontspannen staat of dat hij een door pijn of stijfheid 'gedwongen houding' aanneemt. Zo zal bijvoorbeeld bij een hernia nuclei pulposi het lichaam die houding aannemen waarbij de wortel het minst geprikkeld wordt. In deze gevallen is er sprake van een symptomatische scoliose, veelal met desequilibratie van de romp.

Tenslotte dient men bij de inspectie in rust te letten op de stand van de knieën en voeten. Is er sprake van: *genua vara* of *valga*, *pedes valgi*?

. van opzij

Binnen de grenzen van het normale is er nogal wat variatie mogelijk in de mate van kyfoserig en lordoserig van de wervelkolom. Het gaat erom een abnormaal versterkte of verminderde kromming vast te stellen. Een versterkte kyfose zetelt meestal thoracaal en kan arcuaire (boogvormig) of angulaire (hoekvormig, spits) zijn. Van belang is of de kyfose redresseerbaar is. Dit kan worden nagegaan door de patiënt de rug te laten strekken. Een abnormale lordose zetelt meestal lumbaal: de rug is te hol, de buik en billen prominieren. Bij een opgeheven lordose is de rug in de lendestreek recht.

Ook nu moet weer gelet worden op de stand van de knieën en de voeten. Is er sprake van: *genua recurvata*, *pedes plani*?

.. palpatie van de romp

Om fijne deviaties van de wervelkolom te kunnen opsporen, kan men de wijs- en middelvinger links en rechts van de *processus spinosi* leggen en vervolgens met de vingers langs de wervelkolom naar beneden glijden terwijl een gelijkmatige druk op de huid wordt uitgeoefend. Op deze manier wordt soms ook een prominieren of 'trap' in de *processus* gevonden. In enkele gevallen kan zo een afglijding van twee wervels worden opgespoord.

Het testen van de wervelkolom op pijnlijkheid kan geschieden door de wervels afzonderlijk te bekloppen. Eventuele asdrukpijn is vast te stellen door de patiënt te vragen op zijn tenen te gaan staan en zich vervolgens op zijn hakken te laten 'vallen'. Asdrukpijn kan eveneens vastgesteld worden door het hoofd of de schouders van de patiënt te omvatten en deze krachtig naar beneden te drukken waardoor de druk op de wervels toeneemt.

Door de *musculus erector trunci* te palperen en te letten op hypertonie en pijnlijke verhardingen kan een indruk van de paravertebrale spieren worden verkregen. Een asymmetrisch tonusverschil kan op statische afwijkingen wijzen.

Nagegaan wordt ook of er een lokale drukpijn is op te wekken in het proximale verloop van de nervus ischiadicus. Tevens worden de sacro-iliacaalgewrichten gepalpeerd.

.. inspectie van de romp bij bewegen

Eerst wordt de patiënt van achteren bekeken. Er wordt gevraagd hem de romp in het frontale vlak naar links en naar rechts te buigen waarbij de benen gestrekt, de voeten plat op de grond en het bekken horizontaal moeten worden gehouden. Als de patiënt daarbij de gestrekte vingers langs de benen omlaag laat glijden, heeft men een maat hoever hij komt met de toppen van de vingers (latero-flexie). Vervolgens laat men de patiënt beurtelings de linker en rechter schouder zover mogelijk naar achteren draaien en het hoofd zover mogelijk meedraaien (rotatie). Daarna laat men de patiënt bukken waarbij hij moet proberen met de vingers de grond te bereiken terwijl de knieën recht worden gehouden (flexie). Bij deze bewegingsproeven is het vooral van belang te letten op de beperking in de bewegingen.

Bij flexie van de rug kunnen deviaties van de wervelkolom in laterale richting goed worden waargenomen, want hoe meer de patiënt voorover bukt hoe duidelijker de processus spinosi te zien zijn. Bij aanwezigheid van een scoliose ontstaat in de wervelkolom bij het bukken enige torsie waardoor een min of meer duidelijk prominieren van de ribben aan de convexe kant van de scoliose zichtbaar wordt. Ook van belang is het te letten op de manier waarop de patiënt uit de voorovergebogen houding opkomt. Bij hevige pijn gaat dit nogal eens moeilijk en soms op een bepaalde manier. Een patiënt met een radiculair syndroom bijvoorbeeld komt in fasen omhoog, soms met een schroefbeweging.

Bij het flecteren van de romp is het verder belangrijk de patiënt van opzij te observeren. Kromt hij de wervelkolom werkelijk vloeiend, vindt er ergens een fixatie plaats of geschiedt de beweging alleen in de heupen. Wanneer alleen een beweging plaatsvindt in de heupen komt de patiënt meestal weer overeind door een 'omhoog klimmen' langs de benen.

Het strekken van de romp (extensie) onderzoekt men door de patiënt achterover te laten bewegen. De bewegingsexcursie bij buigen en strekken van de rug is op de volgende wijze in een getal uit te druk-

ken: men zet een streepje op de huid ter plaatse van de lumbosacrale overgang en een streepje tien centimeter daarboven, casu quo de processus spinosus C7. Het verschil in afstand tussen beide streepjes bij maximale strekstand en maximale buiging is een maat voor de beweeglijkheid van de lumbale wervelkolom. Normaal is dat ongeveer vijftien centimeter. Bij dit bewegen moet gelet worden op lokale fixatie, met name in het gebied van de lumbale wervelkolom.

Tijdens de bewegingen van de romp is het eveneens van belang te letten op door de patiënt spontaan aangegeven pijn. Wanneer bijvoorbeeld het flecteren van de romp eenzijdig sterk beperkt is en gepaard gaat met een uitstralende pijn naar het been aan die kant, is dat een belangrijk diagnostisch gegeven.

Het onderzoek kan worden uitgebreid met een aantal functietests. Bij de proef van Kemp wordt de patiënt in staande houding eerst achterover en vervolgens naar de kant van de ischias gebogen. De proef is positief als hij daarbij een (toenemende) uitstralende pijn in het been ervaart. De handgreep is echter bij sommige statische afwijkingen en bij fixatie van de lumbosacrale wervelkolom niet zo makkelijk uit te voeren en te interpreteren.

Bij de proef van Trendelenburg wordt aan de staande patiënt gevraagd het ene been te buigen in de heup en de knie. Zakt het bekken hierbij af naar de zijde van het opgetrokken been dan is de test positief. Er is dan sprake van een insufficiëntie van de musculus gluteus.

Voor de 'plankjesproef' zijn vijf houten plankjes met een dikte van een $\frac{1}{2}$, 1, $1\frac{1}{2}$, 2 en $2\frac{1}{2}$ centimeter nodig. Deze proef is van belang om bij een scoliose van de wervelkolom na te gaan of deze redresseerbaar is. Dit is het geval indien er sprake is van een beenlengteverschil. Er worden bij deze proef één of meer plankjes onder het korte been gelegd; beoordeeld wordt hoeveel centimeter verhoging nodig is om tot een correctie van de scoliose te komen.

— het onderzoek in rugligging

Ook bij dit gedeelte van het onderzoek is de eerste algemene indruk van belang. Er wordt gelet op de manier waarop de patiënt de onder-

zoektafel beklimt en hoe hij gaat liggen. Gekeken wordt hoe de patiënt ligt: ligt hij rustig, ontspannen of verkrampt door de pijn?

Allereerst vraagt de arts de patiënt zijn benen afzonderlijk gestrekt op te tillen waarbij het belangrijk is te letten op het spontaan aangeven van pijn. Vervolgens onderzoekt de huisarts de heupfuncties en beoordeelt met name de mogelijkheden van abductie, adductie, exo- en endorotatie. Een asymmetrie in deze bewegingen tussen links en rechts verdient bijzondere aandacht. Zo kan een flexiecontractuur in een heup de oorzaak zijn van een versterkte lendelordose. Daarna moet de patiënt zijn voeten afzonderlijk dorsaal flecteren met en zonder weerstand van de hand van de onderzoeker. Ook hier zijn links-rechts verschillen weer van belang.

Vervolgens worden, vooral als de anamnese dit gewenst maakt, enkele radicaire provocatietests verricht.

De handgreep van Lasègue is wel de bekendste. Daarbij wordt in rugligging het been gestrekt geheven, terwijl het andere been en het bekken op de onderlaag gefixeerd dienen te blijven. De beweging wordt door de onderzoeker langzaam uitgevoerd en scherp dient gelet te worden op de reacties van de patiënt. De proef is positief als in het homolaterale of contralaterale (gekruiste) been radicaire pijn wordt aangegeven. Ook een onwillekeurig blokkeren van het been in de heup, waarbij soms het bekken mede geheven dreigt te worden, heeft diagnostische waarde. De hoek ten opzichte van de onderlaag waarbij pijn wordt aangegeven of waarbij de reflectoire spierblokkade optreedt, dient als maat voor een positieve Lasègue. Door sommige onderzoekers wordt de specificiteit van deze proef in twijfel getrokken. Zo zegt Charnley (1951) dat de handgreep van Lasègue pijn veroorzaakt door het opheffen van de lumbale lordose. Hoe dan ook, de proef is, mits behoedzaam uitgevoerd, wel degelijk van waarde en is te vergelijken met het effect van specifieke drukverhogende momenten zoals hoesten, niezen, persen en lachen.

Bij de proef van Bragard vindt hetzelfde plaats als bij de proef van Lasègue, maar nu wordt het been wanneer pijn wordt aangegeven weer iets naar beneden verplaatst en wordt de knie geflecteerd en de voet passief in dorsaalflexie gebracht. Wanneer bij deze manoeuvre pijn optreedt in het verloop van de nervus ischiadicus, is deze test positief.

Bij de 'hoofd-buigproef' wordt het hoofd in liggende houding sterk

gefleeteerd. Dan treedt een verplaatsing van de medulla spinalis in rostrale richting op waardoor tractie wordt uitgeoefend aan een eventueel gecomprimeerde wortel. Wanneer er bij deze test een uitstralende pijn optreedt in het verzorgingsgebied van een dergelijke wortel is de proef positief.

Vervolgens worden nog links en rechts de kniepees-, de achillespees- en de voetzoolreflexen met elkaar vergeleken. Ook wordt een eenvoudig sensibiliteitsonderzoek met behulp van een watje en een speld gedaan. De vibratiezin kan worden getest door een stemvork op de malleolus lateralis of medialis te plaatsen.

Om een indruk te krijgen van het sacro-iliacaalgewricht, kan men bij de liggende patiënt het bekken aan beide kanten mediaanwaarts comprimeren en kan men druk uitoefenen op de arcus pubis. Ook kan de proef van Gaenslen worden gedaan: hierbij ligt de patiënt op zijn zij en houdt zijn lumbale wervelkolom gefixeerd door het been waarop hij ligt, zo sterk mogelijk te buigen in de heup waarbij de knie tegen de borst wordt gedrukt met beide handen; de bovenliggende heup wordt vervolgens door de arts geëxtendeerd.

Bij aandoeningen van het sacro-iliacale gewricht geven de bovengenoemde manoeuvres pijnreacties in dit gebied.

Wanneer de anamnese dit noodzakelijk maakt of de bevindingen van het tot nu toe verrichte onderzoek hiertoe nopen, moet naast onderzoek van de vorm en functie van de wervelkolom ook abdominaal en genitaalonderzoek inclusief rectaal en vaginaal toucher en/of palpatie van de arteriële pulsaties plaatsvinden.

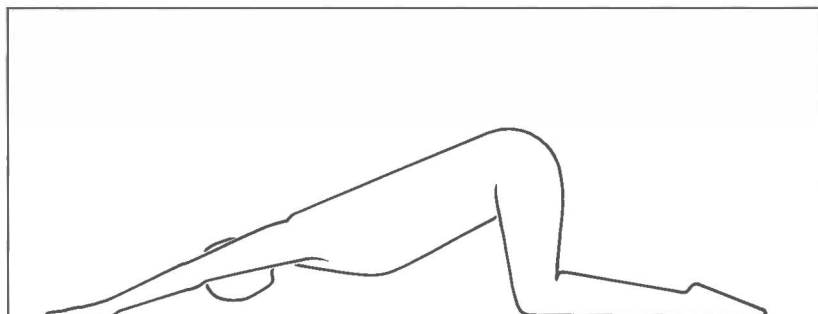
— het onderzoek in buikligging

Wederom is de inspectie belangrijk. Men lette goed op de manier waarop de patiënt zich op de onderzoektafel omdraait.

Bij het liggen op de buik zijn alle spieren in rust. Een niet-structurele scoliose zal nu niet meer waargenomen kunnen worden.

Een thoracale kyfose die op een houdingsanomalie berust, zal verdwijnen indien de patiënt gevraagd wordt een holle rug te maken. Om de beweeglijkheid van de thoracale wervelkolom na te gaan, kan

men de patiënt ook verzoeken een knie-ellebooghouding aan te nemen waarbij hij moet proberen de 'rug door te laten zakken'. Een variant op deze functieproef is de zogenaamde 'Rutsch-houding' (figuur 6). Zo zal een kyfose ten gevolge van de ziekte van Scheuermann bij deze functieproeven niet verdwijnen.



Figuur 6 De 'Rutsch-houding'

Palpatie is in buikligging goed mogelijk. De tonus van de rugmusculatuur en eventuele verhardingen daarin zijn nu beter te beoordelen dan in de staande houding.

Slagpijn in de nierloges kan van diagnostische betekenis zijn.

In buikligging is vrij eenvoudig de extensiemogelijkheid van de heupen na te gaan. Ook hier is met name weer het links-rechts verschil van belang.

- * Besproken is het lichamelijk onderzoek zoals dat in de spreekkamer van een huisarts kan worden uitgevoerd. Ondanks de uitgebreidheid van zo'n onderzoek moet het voor een huisarts met enige ervaring mogelijk zijn het in ongeveer drie tot vijf minuten te verrichten. Uiteraard zal niet elke keer een dergelijk uitvoerig onderzoek nodig zijn. Elke arts heeft hiervoor zijn eigen werkwijze. Op zichzelf is dat helemaal niet erg mits hij maar een bepaalde systematiek hanteert in zijn omgaan met de patiënt met lage rugklachten. In ieder geval zal elke patiënt die met deze klacht zijn huisarts bezoekt, tenminste éénmaal op de bovenbeschreven wijze moeten worden onderzocht. Bij welk contact of met welk tijdsinterval dat gebeurt, hangt uiteraard

af van de presentatie en de ernst van de klacht. Verder zal de huisarts zich moeten realiseren dat een goed onderzoek kan leiden tot een geruststelling van de patiënt en dus een therapeutisch effect heeft, maar dat aan de andere kant teveel onderzoek het idee bij de patiënt kan doen postvatten dat hij iets ernstigs aan zijn rug heeft.

2.5 De patiënt kleedt zich weer aan

Wat voor het uitkleden gold, geldt ook hier. Van belang is dat de huisarts een deel van het aankleedproces ziet, opdat hij een indruk kan krijgen op welke wijze de patiënt door zijn klacht wordt gehinderd. Juist het weer aankleden is hiervoor een goede gelegenheid omdat dit door de patiënt doorgaans niet meer als een deel van het onderzoek wordt ervaren.

2.6 Aanvullende anamnese

Wanneer uit het lichamelijk onderzoek en de anamnese nog niet duidelijk geworden is in welke richting de arts moet denken, zullen nog aanvullende gegevens moeten worden verkregen. Soms zal de somatische anamnese moeten worden uitgebreid, maar meestal komt het neer op een uitbreiding van de psychosociale anamnese vooral wanneer er een discrepantie wordt waargenomen tussen de aangegeven pijnklachten en de bevindingen bij het onderzoek tot nu toe. In enkele gevallen zal de huisarts de patiënt verzoeken op een ander tijdstip terug te komen, eventueel samen met zijn echtgenote. Wanneer de huisarts ook informatie denkt nodig te hebben van anderen, bijvoorbeeld gezinsleden of personeelschef, zal hij dit de patiënt horen te vragen.

2.7 Afspraken over een eventueel nader onderzoek

Naast de vermelde onderzoeken, die alle gemakkelijk waren uit te voeren in de spreekkamer van de huisarts, is vanzelfsprekend ook nog uitgebreider fysisch diagnostisch onderzoek mogelijk.

Allereerst kan de huisarts bij onbegrepen rugklachten, of wanneer de anamnese of het lichamelijk onderzoek daartoe aanleiding geeft, overgaan tot laboratoriumonderzoek van bloed, urine en faeces. De

meeste huisartsen kunnen daarbij gebruik maken van de faciliteiten van klinisch-chemische laboratoria. Verder kunnen vele huisartsen in ons land beschikken over röntgenfaciliteiten in de ziekenhuizen van hun regio. Röntgenfoto's van de wervelkolom worden dan ook vaak door hen aangevraagd (Puijlaert en Dierick 1979).

Andere onderzoekstechnieken zoals elektromyografie, liquoronderzoek, myelografie, isotopenonderzoek, discografie, tomografie en lumbale venografie worden pas na specialistische interventie verricht. Deze methoden van onderzoek zijn dus niet van direct belang in de praktijk van de huisarts en kunnen daarom hier buiten beschouwing blijven.

4.2 DE DIFFERENTIËLE DIAGNOSTIEK

1 Inleiding

Indien iemand lichamelijke klachten heeft, zoekt de arts in eerste instantie de oorzaak in lichamelijke afwijkingen die beschreven kunnen worden in anatomische, fysiologische en biochemische termen. Eerst moet naar deze afwijkingen worden gezocht, voordat geconcludeerd kan worden dat de klachten 'functioneel' of 'psychogeen' zijn. Met deze klassieke benadering komt de medicus er echter lang niet altijd uit. Zo kwam uit een door Giel (1972) verricht epidemiologisch onderzoek in een huisartsengroepspraktijk naar voren dat bij slechts 44.4% van alle aangeboden klachten een somatische oorzaak kon worden vastgesteld. Verjaal (1970) zegt: 'Men kan rustig stellen dat bij 80% van de spreekuurbezoekers de oorzaak van de klachten gezocht moet worden in de sfeer van de sociale traumata, aan aanpassingsmoeilijkheden en vooral aan een gebrek aan levenskunst.' Kingma (1971), Koekenberg (1971) en Weijel (1967) wijzen op de grote invloed van psychische factoren op lage rugklachten. Echter, hoe belangrijk deze psychische en/of sociale aspecten ook mogen zijn, het is in een individueel geval vaak moeilijk uit te maken hoe de factoren van somatische, psychische of sociale aard gestructureerd

zijn in het ziektebeeld van de patiënt met lage rugpijn. Hoe langer de klachten bestaan, des te moeilijker zal het zijn de invloed van deze drie groepen factoren te ontrafelen.

In zijn algemeenheid zal de huisarts er vanuit moeten gaan dat lage rugklachten een somatische basis hebben, ook daar waar de objectieve aanwijzingen gering zijn en de psychische factor zeer duidelijk aanwezig is. Aangezien de patiënt zich aanbiedt met een lichamelijke klacht en aangezien het niet uitgesloten is dat de oorzaak van zijn pijn zeer ernstig is, heeft elke arts de plicht de patiënt lichamenlijk grondig te onderzoeken. Lage rugpijn is geen ziekte maar een symptoom. In dit opzicht komt lage rugpijn overeen met hoofdpijn, een klacht die eveneens soms voor een groot deel psychisch bepaald is, maar in enkele gevallen ook op zeer verraderlijke wijze uit een ernstige organische aandoening kan voortkomen.

2 De pijnbeleving

De voornaamste klacht waarmee de huisarts in zijn contact met rugpatiënten wordt geconfronteerd, is 'pijn'. Strikt fysiologisch kan pijn gezien worden als de bewustwording van een bepaalde gevoelsensatie door middel van een stroom impulsen van perifeer naar centraal. Zo noemt Notermans (1967) pijn een cerebrale prikkelings-toestand door één of andere oorzaak. Nauta (1980) omschrijft pijn als het resultaat van een analyse die het centraal zenuwstelsel uitgevoerd heeft van alle gegevens die het aangeboden heeft gekregen. Dat de pijnbeleving beïnvloed wordt door allerlei factoren zoals zich gelukkig of ongelukkig voelen, gekwetst zijn in het verleden, eenzaam zijn, een sombere toekomstverwachting hebben, is een ieder bekend. Het is de zogenaamde 'gate-theory' van Melzack en Wall (1962, 1965) die vanuit fysiologisch standpunt verklaart hoe de uit de hersenen afkomstige zenuwimpulsen in staat zijn een sterke invloed op het pijnbeleven uit te oefenen. Een van centraal uit bestuurde 'sluis' in het ruggemerg zou de toevloed van pijnprikkels en de voortgeleiding daarvan kunnen reguleren.

Medici en vele andere werkers in de gezondheidszorg hebben vaak te maken met patiënten die gehinderd worden door pijn. De pijn wordt als klacht gepresenteerd en kan onmogelijk geïsoleerd als een op

zichzelf staand fenomeen worden beschouwd. Pijn is vooral een belevenis en het klagen over pijn heeft vaak een communicatieve functie. De patiënt wil niet alleen meedelen dat hij pijn heeft, hij bedoelt dat hij in nood verkeert en hulp zoekt. Het is belangrijk volgens Bierkens (1972) dat men zich realiseert dat 'klagen eerst en vooral een tussenmenselijk fenomeen is, een communicatieve uiting.' Weijel (1971) formuleert het als volgt: 'De klacht is een communicatieve expressie van negatieve stimuli.' Brouwer en Dijkhuis (1967) wijzen erop dat een klacht een speciale manier kan zijn om met de ander in contact te komen: er wordt een appèl gedaan op de ander, de ander wordt om medelijden of om meelevende aandacht gevraagd. Bremer (1980b) geeft aan dat iemand die blijft klagen, ten slotte negatieve gevoelens oproept en op den duur wordt gemeden: 'Klagen, in principe bedoeld om hulp te krijgen, kan dan tot de paradoxale situatie leiden dat de klager nog meer in een isolement geraakt.'

Buytendijk (1943, 1975) ziet als het wezen van de pijn dat 'zij de innerlijkheid van de mens, alle structuren, zowel vitale als psychische, desorganiseert met een hevigheid als niets anders, echter zonder zijn persoonlijke existentie aan te tasten.' Een fenomenologische benadering van het pijngebeuren vinden we ook terug bij Metz (1975) die het pijnbeleven aan een onderzoek heeft onderworpen. Hij komt tot de conclusie dat het pijnbeleven zich doet kennen als de manifestatie van een ontwrichting die, al dan niet naar aanleiding van een afwijking, het bestaan van de pijnlijder en dat van zijn partner omvat en teistert: 'Het pijnbeleven heeft dimensies die de grenzen, die de fysiologie aan zichzelf en het menselijk lichaam heeft gesteld, overschrijden; het speelt zich niet in het lichaam af, het manifesteert zich aan het lichaam. De pijnlijder wordt zich zijn desintegratie pijnlijk, als pijn, bewust.' Metz komt tot de slotsom dat de pijntheorie noch fysiologisch noch klinisch de toetsing heeft doorstaan.

Na de bestudering van een groep mensen met 'onbehandelbare pijn' komt Groen (1979) tot de conclusie dat het voor medici vrijwel onmogelijk zal zijn op het gebied van de pijnverklaring tot vruchtbaar wetenschappelijk onderzoek en daardoor tot een geïntegreerde therapie te komen, als er geen gebruik wordt gemaakt van de psychosomatische, respectievelijk psychobiologische of antropologische concepties, waarbij interdisciplinaire benaderingswijzen gehanteerd worden.

Pas als de betekenis van de pijn duidelijk is, kan een efficiënt behandelingsplan worden opgesteld. De vraag is steeds: Waarom komt deze patiënt op dit moment met deze klacht bij de arts? De gedachte: 'Daar heb je die Pieters weer met zijn rugpijn' is misschien op zichzelf heel begrijpelijk maar een benadering in de zin van: 'Waarom zou Pieters telkens weer komen', lijkt meer vruchten af te werpen. In dit kader stelt Rooymans (1977a) dat bij de psychiatrische diagnostiek van hardnekkige lichamelijke klachten de vraag waarom iemand blijft klagen - en medische hulp zoekt - wel eens relevanter zou kunnen zijn dan de vraag waardoor de klachten ontstonden. Vooral bij de mensen met chronische pijnklachten wordt deze diagnostiek nogal eens bemoeilijkt doordat zij door de langdurige pijn veranderingen kunnen ondergaan in hun persoonlijkheid (Schmidt 1979).

3 Differentieeldiagnoses

De arts kan bij het differentieeldiagnostisch wikken en wegen bij lage rugklachten beschikken over zeer vele indelingen, die ontwikkeld zijn door even zovele artsen. Bijna iedere onderzoeker heeft zijn eigen indeling en er blijkt weinig communis opinio te bestaan over de definiëring van de gehanteerde diagnostische termen.

Grofweg kunnen twee soorten indelingen worden onderscheiden:

- 1 Een indeling naar oorzaak
- 2 Een indeling naar uitingsvormen

Hoewel het op het spreekuur vaak gaat om een vloeiende overgang tussen beide indelingen, zal ter wille van de overzichtelijkheid afzonderlijk aandacht aan ieder worden gegeven.

3.1 *Een indeling naar oorzaak*

Indelingen zoals die van Keim (1973), Millard (1975) en Yates en Jenner (1980) streven naar een zo volledig mogelijke opsomming van de oorzaken. Sarkin (1977) maakte een onderverdeling in twee hoofdgroepen, te weten: een 'mechanical syndrome' en een 'pathological syndrome', en omschrijft deze syndromen als volgt: 'The former

indicates that the tissues of the back are essentially normal but are displaced or strained, while the latter indicates an infiltration of the tissues by a pathological process.' Ook een dergelijke, meer pathologisch-anatomische indeling helpt de arts in de eerste lijn weinig. Een indeling die, wat betreft de aetiologie, in de huisartspraktijk lijkt te voldoen, is afkomstig van Macnab (1977):

viscerogene rugpijn
vasculaire rugpijn
neurogene rugpijn
spondylogene rugpijn
psychogene rugpijn

Deze indeling presenteert de arts zo schematisch mogelijk alle groepen oorzaken van rugklachten. Het moet als het ware het denken van de arts over deze klacht helpen vergemakkelijken. Helaas is de praktijk minder schematisch. Bij veel patiënten zijn de gegevens die uit de anamnese en het lichamelijk onderzoek zijn verkregen, moeilijk in één van deze vijf groepen onder te brengen. Dit vindt zijn oorzaak in het feit dat per patiënt meer oorzaken tegelijkertijd aanwezig kunnen zijn. Vooral tussen de groepen 'psychogene rugpijn' en 'spondylogene rugpijn' is in vele gevallen geen afgrenzing mogelijk.

— viscerogene rugpijn

Deze pijn kan samenhangen met aandoeningen van de galblaas, de maag, het duodenum, de pancreas, de nieren, het colon en één der organen in het kleine bekken. Ook cardiale aandoeningen kunnen in sommige gevallen pijn in de rug veroorzaken. Rugpijn is echter zelden het enige symptoom van deze ziekten en meestal zullen de bevindingen na anamnese en fysisch onderzoek de arts op het juiste spoor brengen. Toch mag men, wanneer een afwijking in één dezer organen wordt gevonden, deze afwijking niet zonder meer als de directe oorzaak van de rugklachten beschouwen. Aangenomen wordt dat lage rugpijn hier het somatisch projectieveld kan zijn van viscerale pijn in de zin van 'referred pain' van diepe organen. Vooral op gynaecologisch terrein bestaat er een rijke historie in het verklaren van lage rugpijn op basis van aandoeningen van de vrouwelijke genitalia.

Samenhang met de menses komt niet zelden voor. Aan de andere kant wijst Sikkell (1973) erop dat er vaak geen verband bestaat tussen gevonden afwijkingen bij het gynaecologische onderzoek en lage rugklachten.

Een belangrijk differentieeldiagnostisch gegeven is dat rugpijn die zijn oorzaak heeft in de wervelkolom en zijn aanverwante structuren, toeneemt bij het bewegen van de rug en meestal verdwijnt in rust, terwijl dit juist niet het geval is bij rugklachten die worden veroorzaakt door een ziekte in één der inwendige organen.

— vasculaire rugpijn

Aneurysma's en door atherosclerotische processen veroorzaakte circulatiestoornissen in de aorta en de directe vertakkingen ervan kunnen aanleiding geven tot rugklachten. Een aneurysma in de aorta abdominalis kan zich presenteren door een borende pijn laag lumbaal die onafhankelijk is van bewegen. Onvoldoende circulatie in de arteria iliaca kan leiden tot pijn in de bil met een claudicatio-achtig karakter; hetgeen wil zeggen dat de pijn erger wordt bij het lopen maar weer verdwijnt bij stilstaan. Ook hier wordt de pijn niet duidelijk beïnvloed door buigen, tillen of draaien van de wervelkolom.

Soms lijkt het klachtenpatroon van een stenose van het lumbale wervelkanaal (Verbiest 1950) sterk op dat van een insufficiënte arteriële bloeddoorstroming in de abdominale aorta en haar onderste twee vertakkingen. Een patiënt met een wervelkanaalstenose klaagt vaak over pijn en slapt in de benen, die vooral optreedt en verergert bij lopen; maar in tegenstelling met de klassieke claudicatieklachten verdwijnt deze pijn niet bij stilstaan.

De anamnese kan de arts op het spoor zetten van de goede diagnose, het lichamelijk onderzoek kan zijn vermoeden bevestigen wanneer afwijkende arteriële pulsaties worden gevoeld en abnormale geruisen worden gehoord.

— neurogene rugpijn

In deze groep vallen enkele voor de huisarts zeer zeldzame ziekten zoals tumoren uitgaande van weefsels in en om het wervelkanaal - neurofibromata, neurolemmona, ependymoma - die de zenuwwortels

kunnen beïnvloeden. Deze aandoeningen worden vrijwel altijd pas na uitgebreid, specialistisch onderzoek gediagnostiseerd.

— spondylogene rugpijn

In zijn algemeenheid kan gezegd worden dat spondylogene rugpijn verergert bij het bewegen van de rug en tot op zekere hoogte door rust vermindert. De pijn kan worden veroorzaakt door aandoeningen van de benige componenten van de wervelkolom, door veranderingen in de sacro-iliacaalgewrichten en door veranderingen in de 'zachte' weefsels.

Binnen deze spondylogene rugpijngroep kan weer een onderverdeling worden gemaakt in allerlei soorten afwijkingen. We moeten ons daarbij wel realiseren dat deze afwijkingen lang niet altijd schuilen in één bepaalde structuur maar nogal eens berusten op een foutief samenspel tussen de verschillende structuren waaruit de rug is opgebouwd.

Naast de afwijkingen die aanleiding geven tot pijnklachten, zal in deze spondylogene rugpijngroep ook aandacht worden besteed aan aandoeningen die leiden tot functiestoornissen en vormveranderingen van de rug.

Algemeen erkend is dat de pathologie van het steun- en bewegingsapparaat kan worden ingedeeld in de volgende groepen afwijkingen:

aangeboren afwijkingen
groei- en ontwikkelingsstoornissen
ontstekingen
tumoren
letsels
stofwisselingsstoornissen
degeneratieve afwijkingen
statische stoornissen

Ten aanzien van de rug zullen deze groepen afwijkingen zeer globaal worden benaderd waarbij alleen de aandoeningen, die voor de huisarts het meest relevant zijn, worden besproken. Het gaat om een benadering vanuit de optiek van de huisarts. Uitvoerige beschou-

wingen over aetiologie en pathogenese komen in dit hoofdstuk dan ook niet voor.

.. aangeboren afwijkingen

De meest voorkomende zijn de assimilatiestoornissen in het lumbo-sacrale overgangsgebied. Tot deze stoornissen worden onder andere de volgende beelden gerekend: spina bifida, een scheve opbouw van L5-S1, sacralisatie van L5, lumbalisatie van S1 en de hyperplasie van één of beide processus transversi met vorming van een gewrichtje tussen deze wervels en het ilium. In tegenstelling tot de bij de geboorte reeds manifeste spina bifida, die volgens Van Rens (1977) bij ongeveer twee op elke duizend geboorten voorkomt, wordt een spina bifida occulta bij ongeveer 10% der bevolking gevonden. Evenals bij de andere assimilatiestoornissen is het meestal een afwijking die alleen röntgenologisch aantoonbaar is en verder geen klinische betekenis heeft.

.. groei- en ontwikkelingsstoornissen

In het kader van het onderwerp van deze studie is de ziekte van Scheuermann vooral van belang.

Kingma (1970) voelt het meest voor de opvatting van Boerema (1931) die stelt dat de ziekte van Scheuermann een groeistoornis is die plaatsvindt in de epifyseschijf van de wervels. Deze groeistoornis van de wervelkolom komt voor bij kinderen tussen de tien en achttien jaar en leidt tot een abnormale, niet redresseerbare, ronde thoracale kyfose en toont enkele typische röntgenologische kenmerken. Bekend is ook dat een houdingskyfose de oorzaak kan zijn van een Morbus Scheuermann.

De opgaven over de frequentie van deze aandoening onder de bevolking noemen als maximum 8%.

De patiënt met de ziekte van Scheuermann kan klagen over rugpijn maar obligaat is dit niet. Als huisarts krijgen we nogal eens jongeren op het spreekuur zonder enige klacht, die op aandrang van de ouders of de gymnastiekleraar zijn gestuurd vanwege hun 'ronde rug' of hun 'slechte houding'.

Voor de praktijk is het belangrijk te differentiëren tussen een hou-

dingsanomalie en de ziekte van Scheuermann. Het kenmerkende verschil is de beweeglijkheid van de thoracale wervelkolom. De kyfose bij een houdingsanomalie kan worden gecorrigeerd bij het lichamelijke onderzoek, de kyfose bij de ziekte van Scheuermann niet. Enkele functieproeven - zoals: staande de rug 'strekken', in knie-ellebooghouding de rug 'hol' maken en de rug strekken in de 'Rutsch-houding' - zoals beschreven in hoofdstuk 4.1 - kunnen behulpzaam zijn bij de diagnostiek. Op deze manier moet het voor de huisarts - ook zonder röntgenfoto - vaak al op het spreekuur mogelijk zijn te differentiëren tussen een groeistoornis en een slechte houding.

Op de typisch röntgenologische bevindingen bij deze groeistoornis zal niet worden ingegaan.

Voor wat betreft het ziektebeloop van de Scheuermann kan gezegd worden dat deze groeistoornis als proces met het 'volwassen' worden van de wervelkolom ophoudt. De klachten verdwijnen dan ook veelal rond het achttiende jaar. Als overblijfsel van de ziekte heeft de betrokken persoon dan een min of meer ernstige misvorming van de wervelkolom. Op basis van deze misvorming kunnen dan op latere leeftijd degeneratieve veranderingen aan de wervelkolom optreden met als mogelijk gevolg pijnklachten en stijfheid. Deze degeneratieve veranderingen treden niet zozeer op in de thoracale kyfose als wel in het gebied van de compensatoire cervicale lordose en van de thoracolumbale overgang.

Spondylolysis, waaronder wordt verstaan een defect in de wervelboog, en spondylolisthesis, wat wil zeggen afglijding van een wervellichaam ten opzichte van de eronder liggende wervel, komen vaak gecombineerd voor. Het betreft gewoonlijk een afglijding van de vijfde lumbale wervel van de eerste sacrale wervel en soms een afglijding van de vierde lumbale van de vijfde lumbale wervel. Over de pathogenese van deze aandoeningen is zeer veel recente literatuur (Nielsen, persoonlijke mededeling). Volgens Taillard (1957) komt bij het blanke ras spondylolysis bij 5% en spondylolisthesis bij 2% van de volwassenen voor. Voor de combinatie van spondylolysis en spondylolisthesis geeft Van Rens (1977) de volgende percentages van voorkomen: bij Europeanen ongeveer 4% van de bevolking en bij bepaalde rassen - bijvoorbeeld de eskimo's - ongeveer 23%. Het merendeel van deze mensen is zich niet bewust van deze afwijkingen

zij hebben ook geen klachten. Onderzoek van Francillon (1959) toont aan dat dit het geval is bij maar liefst 90% der gevallen. Wanneer er wel klachten zijn, gaat het nogal eens om een ischialgie en in zeldzamer gevallen om een radiculare prikkeling.

Gezien het vaak ontbreken van klachten berust de diagnose meestal op een toevallsbevinding. Enerzijds wordt de arts op het spoor gebracht door de bevindingen op de röntgenfoto, anderzijds kan bij het lichamelijk onderzoek in typische gevallen een 'trapje' worden gevoeld wanneer men met de palperende vingers langs de onderste processus spinosi voelt op de plaats waar de wervelafglijding is opgetreden. Verder hebben de patiënten veelal een typische houding van de rug, gekenmerkt door een verminderde bekkenkanteling, een verdiepte lumbale lordose en diepe lendeplooien.

.. ontstekingen

Van de ontstekingen is de osteomyelitis van één of meer wervels - de spondylitis - de belangrijkste. Vroeger kwam spondylitis veroorzaakt door de tuberkelbacil veelvuldig voor, thans hoeft men er nauwelijks meer rekening mee te houden. Vaak is een urineweginfectie (coli, enterococ) de oorzaak van een spondylitis. Ook andere bacteriën zoals de salmonellae en de staphylococci kunnen spondylitis veroorzaken.

Hoewel het in de huisartspraktijk zelden voorkomt, moet de huisarts attent zijn op de mogelijkheid van een wervelontsteking zodra een patiënt die een furunkel, een angina of een cystopyelitis heeft gehad, gaat klagen over de rug. Naast het klinische beeld met koorts moet een verhoogde bezinkingssnelheid van de erythrocyten en een leucocytose de diagnose dan duidelijk maken. Pas enkele weken na het begin van dit ontstekingsproces zijn de eerste veranderingen op de röntgenfoto zichtbaar.

Kingma (1973a) beschrijft het ziektebeeld discitis dat voorkomt bij kinderen. De verwekker is niet met zekerheid bekend terwijl het wel aannemelijk is dat het hier ook een ontstekingsproces betreft. Na een infectie te hebben doorgemaakt, worden de jeugdige patiënten weer ziek met koorts en een pijnlijke, stijve rug. Eveneens treden hier pas na een aantal weken röntgenologische veranderingen op.

.. tumoren

De neoplasma's van de wervelkolom kan men indelen in maligne en benigne gezwellen. De eerste groep bovendien in primaire en in secundaire, de zogenoemde metastasen. Tot de goedaardige tumoren van de wervelkolom horen de osteomen, de chondromen en de haemangiomen. De benigne tumoren worden dikwijls toevallig op de röntgenfoto gevonden en geven veelal geen klachten. Tot de secundaire tumoren van de wervelkolom horen uitzaaiingen van primaire tumoren elders in het lichaam en gegeneraliseerde kwaadaardige processen zoals de ziekte van Kahler. Berucht zijn de metastasen van carcinomen van mammae, longen, schildklier, nieren en prostaat. Hoewel goedaardige en primaire kwaadaardige tumoren van de wervelkolom zeldzaam zijn, zijn de secundaire dat allerminst.

Typerend voor een maligne botproces is de pijn, een pijn die vaak zeer heftig is en die doorgaans niet verdwijnt bij rust, ook niet bij strenge bedrust. Veelal is er ook sprake van een bewegingsbeperking. Het verraderlijke van wervelmetastasen is dat zij zich op de röntgenfoto niet altijd duidelijk manifesteren maar zich kunnen voordoen als een osteoporose.

.. letsels

Een direct inwerkend trauma van de rug kan een distorsie, een contusie, een fractuur of een luxatie tot gevolg hebben.

De contusie en de distorsie geven meestal tijdelijke klachten van pijn en functio laesa die met enige rust verdwijnen. De meer ernstige letsels - fracturen en luxaties - hebben ook ernstiger gevolgen.

Fracturen van de wervelkolom worden meestal veroorzaakt door een in de lengte-as van de wervelkolom inwerkende kracht, bijvoorbeeld wanneer iemand van enkele meters hoogte op zijn voeten valt of op zijn zitvlak terecht komt. Afhankelijk van de richting van de inwerkende krachten kunnen er verschillende typen fracturen ontstaan. Aangezien bij een rugtrauma altijd het gevaar van een ruggemergsbeschadiging dreigt, is het onderscheid bij de diagnostiek in 'stabiel' en 'instabiel' van wezenlijk belang. Het verdere therapeutische beleid wordt op dit onderscheid gebaseerd. Van Rens (1977) wijst erop dat het verstandig is bij de eerste hulpverlening alle fracturen te be-

schouwen als potentieel instabiel en pas als bij röntgenonderzoek het type fractuur duidelijk is geworden, dit beleid eventueel te veranderen.

Kingma (1973a) onderstreept het belang van een goede begeleiding van de patiënt met een wervelfractuur door de behandelend geneesheer: 'Vaak is de patiënt gaan piekeren over de gevaren en mogelijk onherstelbare gevolgen van een 'gebroken rug'. Een op de realiteit afgestemde voorlichting van de arts aan de patiënt kan revaliderend werken en later arbeidsverzuim voorkomen.'

.. stofwisselingsstoornissen

De metabole botziekte die het meest aanleiding geeft tot rugklachten is de osteoporose. Osteoporose is te wijten aan een wanverhouding tussen botaanmaak en botresorptie.

Macnab (1977) maakt een onderverdeling in twee hoofdgroepen, namelijk de primaire en de secundaire osteoporose. De oorzaken die aan een secundaire osteoporose ten grondslag kunnen liggen, zijn zeer talrijk en het diagnostiseren van deze aandoeningen vergt doorgaans een uitgebreid internistisch onderzoek. Binnen de primaire osteoporosegroep zijn de post-menopauzale en de seniele het meest voorkomend. Op den duur ontstaat er bij patiënten met een osteoporose een afnemen van de lichaamslengte en een thoracale kyfose met een compensatoire toename van de lumbale lordose. Door verlies van botweefsel zijn wervelfracturen bij deze patiënten geen uitzondering en soms zijn deze fracturen de oorzaak van plotseling optredende pijn. Aangezien bij de primaire osteoporose geen afwijkingen optreden in de bloedchemie, is het stellen van de diagnose veelal afhankelijk van de bevindingen op een röntgenfoto. De afwijkingen op de röntgenfoto's van de wervelkolom zijn meestal typisch doch laten in de meeste gevallen geen differentiëring toe tussen een primaire en secundaire osteoporose. Voor de algemene praktijk betekent dit dat, wanneer de huisarts van de röntgenoloog een verslag krijgt waarin wordt gesproken over een duidelijke osteoporose, verdere diagnostiek noodzakelijk is. Het meest berucht zijn neoplastische processen, zoals de ziekte van Kahler, en wervelmetastasen, die zich kunnen voordoen als een osteoporose.

.. degeneratieve afwijkingen

De betekenis van het woord degeneratie kan omschreven worden als ontaarding of aftakeling. Over het natuurlijk verouderingsproces in zijn algemeenheid is weinig bekend.

Wat de rug betreft wordt uit de literatuur duidelijk dat het degeneratieproces een complex gebeuren is. Na verloop van tijd doen zich veranderingen voor die deels morfologisch objectiveerbaar zijn en die klinisch bij de patiënt een aantal subjectief dan wel objectief waarneembare syndromen doen ontstaan. Om dit proces aan te duiden worden verschillende termen gebruikt die niet altijd even consequent van elkaar worden onderscheiden. Men spreekt van een spondylosis als de degeneratieve processen zich manifesteren rond de discus, en van een spondylarthrosis als de afwijkingen in en rond de intervertebraalgewrichtjes zijn gelokaliseerd. Gezien de nauwe functionele samenhang van deze bewegingscentra zullen spondylosis en spondylarthrosis dan ook meestal tegelijkertijd voorkomen. Vooral de meest beweeglijke delen van de wervelkolom zoals het cervicale gedeelte en het lumbale gebied zijn voor deze degeneratieve processen gepredisponeerd.

Voor de pathogenese van deze groep aandoeningen zijn vele theorieën in omloop. Volgens Van Rens (1977) begint het degeneratieproces vermoedelijk in de nucleus pulposus van de discus intervertebralis. Eén van de kenmerkende verschijnselen van het ouder worden van de discus intervertebralis is namelijk het afnemend vochtgehalte van de nucleus pulposus. Hieraan zou volgens Naylor (1976) een dysbalans tussen de aanmaak en de afbraak van de proteïne-polysacchariden ten grondslag liggen. De turgor van de tussenwervelschijf wordt hierdoor minder en deze zakt geleidelijk in waardoor de sluitplaten dichter bij elkaar komen. Het gevolg is dat er ook pathologisch-anatomische veranderingen ontstaan in de aangrenzende intervertebraalgewrichten en wervellichamen in de zin van een spondylarthrosis en een spondylosis. Men ziet osteofytenoptreden die vooral aan de antero-laterale zijde van de wervellichamen zijn gelokaliseerd. Deze osteofyten zijn meestal multipel en kunnen grote, snavelvormige afmetingen krijgen. De betekenis van deze osteofyten is tweeledig volgens Solokoff (1980): enerzijds verhogen zij het gewichtdragend

vermogen van de wervelgewrichten, anderzijds werken zij stabiliserend door de bewegingsmogelijkheid ervan te beperken.

Naast de nucleus pulposus toont ook de annulus fibrosus degeneratieve veranderingen. Bovendien kunnen in de annulus fibrosus scheurtjes optreden. Een dergelijke scheur is een locus minoris resistentiae waardoor de weke nucleus op den duur naar buiten kan uitstulpen. Vindt deze uitstulping naar dorsaal plaats dan kunnen het ruggemerg of de uittredende wortels worden bekneld, met als gevolg het klinische beeld van de hernia nuclei pulposi. In zeldzame gevallen is het eindstadium van de discusdegeneratie een toestand waarin een 'fusie' kan ontstaan tussen de aangrenzende wervellichamen.

Dat de bovenbeschreven degeneratieve processen bepaald geen zeldzaamheid zijn, wordt wel duidelijk door de studies van Schmorl en Junghanns (1968) die de resultaten beschrijven van 4253 autopsieën: spondylosis kwam op 49-jarige leeftijd voor bij 60% van de vrouwen en bij 80% van de mannen; op 70-jarige leeftijd bij beide geslachten bij 95%. Hieruit blijkt wel dat degeneratie van de wervelkolom min of meer fysiologisch is te noemen; bij vrijwel iedereen komt deze bij het stijgen van de leeftijd op den duur in één of andere vorm voor. Wanneer er daarnaast ook al sprake was van pathologische aandoeningen van de rug - bijvoorbeeld de ziekte van Scheuermann, een scoliose, een status na een ernstig rugtrauma en congenitale aandoeningen - kan het verouderingsproces van de rug eerder en dan vaak versneld optreden.

Ten aanzien van de symptomatologie moet vermeld worden dat een discusdegeneratie alleen geen klachten veroorzaakt. De klinische verschijnselen worden veroorzaakt door de secundaire gevolgen van de discopathie, de prolaps of de ruptuur van de annulus en de prikkeling van de paravertebrale ligamenten en zenuwen. Het voornaamste symptoom wordt dan de lage rugpijn en een beperking van de bewegingsmogelijkheden in het lumbale gebied. Dit klinische beeld is bepaald niet specifiek en vaak wordt mijns inziens ten onrechte het röntgenologisch beeld gebruikt als enige verklaring voor de klachten omdat juist deze röntgenologische veranderingen wel specifiek zijn voor het degeneratieproces. Kingma (1971) noemt de volgende röntgenologische kenmerken van de degeneratieve processen in de wervelkolom: smaller worden van de tussenwervelschijf, sclerose-ring van de dekplaten, punt- en haakvorming aan de wervellichamen,

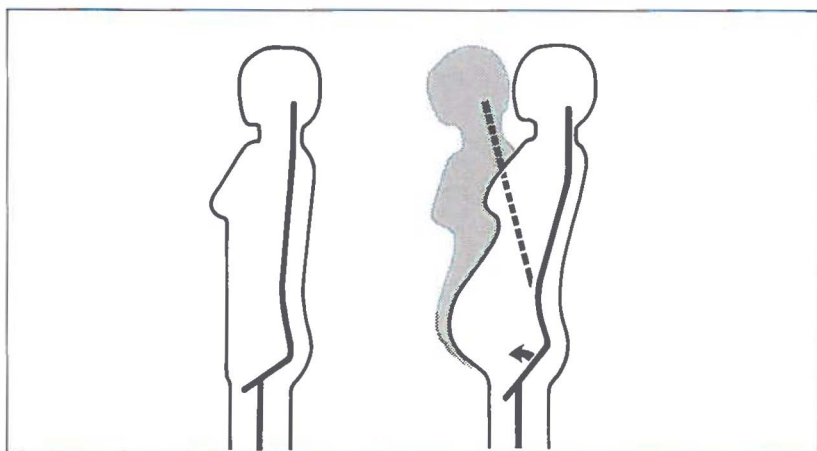
smaller en onregelmatig worden van de spleet van het intervertebraalgewricht, sclerisering van de gewrichtsvlakken en vorming van nieuw, onregelmatig bot aan de gewrichtsuitsteeksels. Wanneer deze afwijkingen op de röntgenfoto worden gevonden, betekent dat echter beslist niet dat daarmee de oorzaak van de klachten ook gevonden is. Kingma (1973a): 'Een drager van een röntgenologische afwijking is lang niet altijd een lijder aan deze afwijking. Een röntgenfoto op zichzelf zegt niets; men moet dit altijd in verband brengen met de kliniek.'

.. statische stoornissen

Hoewel een zijdelingse verkromming van de wervelkolom volgens Kingma (1973b) altijd pathologisch is, hoeven afwijkende krommingen in het sagittale vlak lang niet altijd pathologisch te zijn; ze kunnen voorkomen in het kader van een lichaamshouding die in ongunstige zin van de normale of ideale houding afwijkt. Dat een ideale houding in het dagelijkse leven hoogst zelden wordt aangetroffen, werd al beschreven door Schede (1954) en Leger (1959). Het zal dan ook duidelijk zijn dat houdingsafwijkingen - samen met de zijdelingse verkrommingen vaak aangeduid met de term 'statische afwijkingen' - zeer veel voorkomen.

Veel houdingsafwijkingen zijn het gevolg van een abnormale stand van het bekken. Het bekken is immers de basis waarop de wervelkolom 'staat'. De stand van het bekken wordt op zijn beurt beïnvloed door de positie van de onderste extremiteiten. Een voorbeeld hiervan zien we in de tweede helft van de zwangerschap. Bij het vorderen van de dracht wordt het zwaartepunt van de vrouw door de groei van het ongeboren kind en het zwaarder worden van de borsten naar voren gelegd. Hierdoor kantelt het bekken naar voren en wordt de bekkenhelling groter. De wervelkolom is geneigd deze beweging te volgen. De vrouw zou dus met haar romp naar voren gaan hellen; zij handhaaft echter de opgerichte houding door gaandeweg de lumbale lordose te vergroten (figuur 7).

Het in de zwangerschap verslapte bandapparaat van het bekken (Greenhill 1960, Joosse 1967) kan niet altijd aan deze toenemende eisen voldoen en daardoor kunnen pijnklachten ontstaan. In de graviditeit komen rugklachten dan ook vrij veel voor.



Figuur 7 In de zwangerschap optredende standsveranderingen van het bekken en de lumbale wervelkolom

Wanneer het mogelijk is de afwijkende houding te corrigeren, spreekt men in zijn algemeenheid van een functionele afwijking en wanneer deze niet corrigeerbaar is van een structurele afwijking. Normaal is de stabiliteit van de wervelkolom met zijn aanverwante structuren opgewassen tegen de belasting van het dagelijks leven, maar als de belasting te groot wordt, kan het beeld van de instabiele rug ontstaan.

Bij het lichamelijk onderzoek van de patiënt met een instabiele rug of insufficiëntia lumbalis neemt men meestal waar dat de rug een slechte vorm heeft zoals een versterkte lendelordose met een voorovergekanteld bekken en een uitpuilende buik. Vaak is deze houding door actieve spierspanning geheel of gedeeltelijk te corrigeren. Iemand met een instabiele rug kan klagen over pijn en een vermoeid gevoel onderin de rug, maar obligaats is dit niet.

Afhankelijk van de onderliggende pathologie kunnen een versterkte lumbale lordose, een verstreken lumbale lordose en een versterkte thoracale kyfose functioneel dan wel structureel bepaald zijn. Meestal zal het echter gaan om functionele, corrigeerbare vormveranderingen. Soms echter wijst een ronde, maar dan niet-corrigeerbare versterkte thoracale kyfose op een aandoening van de wervelkolom die zich uitstrekt over een aantal wervels, zoals bij de ziekte van Scheuermann, de ziekte van Bechterew en de osteoporose.

Wat de houdingsafwijkingen in het frontale vlak betreft moet goed gedifferentieerd worden tussen de zogenaamde scoliotische houding en de scoliose als misvorming in engere zin. Een scoliotische houding verdwijnt meestal als de patiënt zit of vooroverbuigt en wordt vaak veroorzaakt door aandoeningen als een bekkenscheefstand ten gevolge van een beenlengteverschil, asymmetrische spierspanningen en een slappe houding, die allen hun invloed hebben op de stand van het bekken. Soms is echter een beoordeling niet goed mogelijk omdat door de pijn of door de radicaire prikkeling het lichaam die houding zal aannemen waarbij de minste pijn optreedt of waarbij de wortel het minst geprikkeld wordt. Bij twijfel aan een 'echte' scoliose zal de patiënt op een later tijdstip nog eens weer moeten worden bekeken. Wanneer het gaat om een scoliose in engere zin - een structurele scoliose - hebben we te maken met een stoornis in de vorm van enkele opeenvolgende wervelsegmenten. Vaak is er dan ook een rotatie opgetreden van de corpora vertebrae onderling. Deze scoliose is door de patiënt niet te corrigeren. Bij de structurele scoliose moeten verschillende soorten worden onderscheiden waarvan de congenitale, de paralytische en de idiopathische de belangrijkste zijn (Mulder 1965). Verreweg de meest voorkomende is de idiopathische vorm; deze komt vooral voor in de leeftijd begin puberteit - einde skeletgroei, dus 12-19 jaar (Veraart 1981). Hoewel de behandeling van deze structurele scoliose geheel tot het terrein van de orthopaedisch chirurg behoort, wil ik hier toch enkele door Burger (1977) geformuleerde algemene regels noemen die voor de huisarts van belang zijn:

Hoe jonger de patiënt is bij het begin van de scoliose des te ongunstiger is de prognose.

Hoe hoger in de wervelkolom de scoliose gelokaliseerd is, des te ernstiger is de misvorming.

Een enkelvoudige primaire bocht (C curve) geeft een ernstiger misvorming dan een dubbele primaire bocht (S curve).

Kingma en Donk (1965) pleiten voor een vroegtijdige herkenning: 'Iedere arts die een scoliose waarneemt, moet de patiënt nauwkeurig onder observatie houden; bij verergering van de scoliose moet men niet doorgaan met heilgymnastiek, massage en korset, doch de patiënt tijdig verwijzen voor operatieve behandeling.' Veraart (1981) adviseert zelfs aparte spreekuren voor scoliosepatiënten en zegt dat de behandeling van deze patiënten dient te geschieden in speciale scoliosecentra.

Hoewel alle acht onderscheiden groepen orthopaedische afwijkingen die aanleiding geven tot pijnklachten, functiestoornissen en vormveranderingen van de rug nu zijn besproken, wil ik voor de volledigheid nog twee groepen aandoeningen noemen waarmee in de praktijk rekening moet worden gehouden: de coccygodynie en de aandoeningen van het sacro-iliacaalgewricht.

.. coccygodynie

Coccygodynie is een pijnlijke aandoening in de buurt van het os coccygis; zelden is de oorzaak in het staartbeentje zelf gelegen. Vaak wordt aangegeven dat de klachten zouden zijn ontstaan na een val op het zitvlak. De patiënt klaagt vooral over pijn bij het zitten en wel vooral bij het zitten op een harde onderlaag. Bij het rectaal toucher wordt door de arts veelal sterke drukpijn ter plaatse gevonden.

Volgens de opvatting van Van Rens (1977) is de oorzaak meestal niet gelegen in een zuiver traumatische afwijking van het staartbotje maar is de pijn op te vatten als een soort 'referred pain' vergelijkbaar met een ischialgie. Deze opvatting wordt gesteund doordat bij een coccygodynie dikwijls een hoog lumbaal gelegen discopathie wordt gevonden.

Onder andere door een rectaal toucher en soms een radiologisch onderzoek zullen andere oorzaken van pijn in de buurt van het os coccygis moeten worden uitgesloten.

.. aandoeningen van het sacro-iliacaalgewricht

Het sacro-iliacaalgewricht is door zijn anatomische configuratie en zijn versterking door ligamenten een extreem stabiel gewricht. Pathologische veranderingen in dit gewricht door traumata zullen volgens Macnab (1977) dan ook alleen door zeer grote krachten kunnen optreden. Bij statische afwijkingen - zoals bekkenscheefstand - zijn eenzijdige afwijkingen op den duur echter wel mogelijk.

Een ontstekingsachtig proces in de beide sacro-iliacaalgewrichten - de sacro-iliitis - kan als onderdeel van de ziekte van Bechterew en als zeldzame afwijking bij het syndroom van Reiter en bij de arthritis psoriatica voorkomen. Dat de ziekte van Bechterew van belang is bij het lage rugpijnsyndroom wordt duidelijk gemaakt door Cats (1967):

'Wanneer wij de degeneratieve afwijkingen buiten beschouwing laten, is de spondylitis ankylopoëtica de meest frequent voorkomende reumatische aandoening van de wervelkolom.' De Blécourt (1970) vermeldt dat slechts ongeveer 0.1% van de volwassen bevolking spondylitis ankylopoëtica in klinisch aantoonbare vorm heeft; kwantitatief gezien is deze aandoening in de huisartspraktijk dus nauwelijks van betekenis. Toch zal de huisarts vooral bij jonge mannen tussen het 20e en 30e jaar die met persisterende rugklachten van onduidelijke aard te kampen hebben, attent moeten zijn op deze aandoening.

— psychogene rugpijn

Psychogene factoren spelen bij lage rugklachten vaak een belangrijke rol. Grol e.a. (1978) maken duidelijk dat de huisarts uit de informatie afgeleid uit de actuele klacht en de informatie uit de huisarts-patiëntcommunicatie kan opmaken of hij misschien ook moet zoeken naar oorzaken buiten de lichamelijke klacht zelf. Ten aanzien van de klacht noemen zij: de aard van de klacht, de plaats van de klacht in het klachtenpatroon en de symbolische betekenis van de klacht. Ten aanzien van de arts-patiëntcommunicatie wordt gewezen op de manier waarop de patiënt zijn klacht naar voren brengt en de onderkenning door de arts, dat de patiënt pressie op hem probeert uit te oefenen.

Rooymans (1977a) wijst erop dat patiënten psychisch bepaalde lichamelijke klachten vaak op een bepaalde manier presenteren. Het gaat hierbij om drie, met elkaar samenhangende aspecten:

- het affect is vaak niet in overeenstemming met wat men zou verwachten.
- de klachten blijven ondanks navraag van de arts dikwijls diffuus en vaag.
- men krijgt nogal eens de indruk dat de patiënt 'vergroeid' is met zijn klachten.

In verschillende publikaties (Paul 1950, Brown e.a. 1954, Layani e.a. 1959, Mollet 1962) wordt met betrekking tot rugklachten aangegeven wanneer de arts zou moeten denken aan de invloed van psychogene factoren. Namelijk wanneer:

- de patiënt vage, onduidelijke klachten heeft,

- de plaats van de pijn onduidelijk is of sterk wisselt,
- de aangegeven uitstraling van de pijn niet overeenstemt met de anatomische structuur die aan de pijn-uitstraling ten grondslag ligt,
- de somatische bevindingen het klachtenpatroon niet lijken te rechtvaardigen,
- de patiënt zijn pijn sterk gedramatiseerd beschrijft,
- de patiënt veeleisend is, over onbegrip van de zijde van artsen en/of verplegend personeel klaagt, of bitter gestemd is jegens de ondergane behandeling,
- de patiënt excessief reageert op pijnlijke stimuli of de rugbewegingen op overdreven wijze beperkt,
- de klachten persisteren ondanks medische en/of fysiotherapeutische behandeling,
- de patiënt allerlei bijkomende psychische symptomen zoals angst, slapeloosheid, prikkelbaarheid, gespannenheid of van vasomotore labiliteit heeft.

In de literatuur worden zeer veel uitspraken gedaan over de persoon van de lage rugpijnpatiënt zonder duidelijke verwijzing naar een theorie die het beeld kan verklaren.

Zo zou de lage rugpijnpatiënt niet intelligent zijn (Gentry e.a. 1974, Ritterhoff 1975).

Hij is afhankelijk van sociale voorzieningen (Sternbach e.a. 1973b)

Geeft gemakkelijk zijn baan op (White 1966, Sternbach e.a. 1973b)

Hij is depressief (Levit 1973, Sternbach e.a. 1973b, Gentry e.a. 1974, Sarno 1974)

Angstig (Holmes en Wolff 1952, Minc 1968, Chertok e.a. 1974, Gentry e.a. 1974, Gottlieb e.a. 1977)

Neurotisch, emotioneel gespannen en nerveus (Holmes en Wolff 1952, Collette en Ludwig 1968, Minc 1968, Gentry e.a. 1974, Sarno 1974)

In de medische situatie is hij veelal ontevreden en veeleisend (Chertok e.a. 1974, Ritterhoff 1975, Gottlieb e.a. 1977)

Of heeft gebrek aan motivatie (Raskind en Mead 1967)

In de omgang met anderen is de rugpatiënt weinig persoonlijk en niet in staat zijn gevoelens te uiten (Holmes en Wolff 1952, White 1966, Minc 1968, Chertok e.a. 1974, Sarno 1974)

Hij is onzeker en op zichzelf gericht (Minc 1968)

Is krampachtig energiek (Holmes en Wolff 1952, Bierkens 1967, Sarno 1974)

Hij wil zich stoer houden (Moloney 1948, Solomon 1949, Paul 1950, Condrau 1965)

Verder zou hij een zekere voldoening uit zijn ziekte halen (Sternbach e.a. 1973a, Gentry e.a. 1974)

Wanneer we deze kenmerken van de ruglijder zo overzien, kan bepaald niet de indruk worden gewekt dat er sprake is van één beeld. Hooguit kan gesproken worden van een consequent negatief beeld. Misschien onderschrijven al deze literatuurgegevens tezamen juist de opvatting van Weijel (1969b) die stelt dat er geen specifieke karakterstructuur is die predisponeert voor lage rugpijn.

Er is ook veel onderzoek gedaan naar verschillen tussen patiënten met een belangrijke psychogene component in hun klachten en patiënten bij wie deze component geen belangrijke rol speelt. Deze studies gebruiken in vele gevallen de Minnesota Multiphasic Personality Inventory schaal (MMPI) om 'het profiel' van de lage rugpijnpatiënt aan te geven. Sternbach e.a. (1973b), Gentry e.a. (1974) en Maruta e.a. (1976b) vonden hoge scores voor de kenmerken 'hypochondrie' en 'hysterie'. Zowel Sternbach e.a. (1973b) als Maruta e.a. (1976b) toonden aan dat de 'depressie' bij rugpatiënten steeg naarmate de klachten langer duurden. Bij geen enkel onderzoek naar het 'profiel' van de patiënt met rugpijn wordt dit profiel vergeleken met andere psychosomatische klachten, zodat uiteindelijk nauwelijks een specifiek 'karakterologische' verklaring voor de rugpijn kan worden gevonden.

Uit verschillende artikelen (Hanvik 1951, Pichot e.a. 1972, Wolkind en Forrest 1972, Sternbach e.a. 1973a, Wiltse e.a. 1975, Calsyn e.a. 1976, Freeman e.a. 1976, Ransford e.a. 1976, Thomas en Lytle 1976) valt op te maken dat er significante verschillen in persoonlijkheid zijn tussen verschillende groepen lage rugpijnpatiënten. Grofweg gesteld is er verschil tussen de 'functionele groep' en de 'organische groep' en is er verschil tussen de patiënten die goed reageren op de behandeling en de patiënten die dat niet doen. Het is opvallend dat de kenmerken 'hypochondrie' en 'hysterie' bij de meeste onderzoekers, zowel bij patiënten met functionele klachten als bij patiënten met

een 'mixed diagnosis' - een combinatie van een functioneel en organisch bepaald klachtenpatroon - hoog scoren (Hanvik 1951, Pichot e.a. 1972, Freeman e.a. 1976). Wiltse e.a. (1975) troffen deze kenmerken het meest aan bij patiënten die niet goed reageerden op de behandeling.

Uit de gegevens van de verschillende onderzoekers is echter geen conclusie te trekken over de premorbide persoonlijkheid van de onderzochte patiënten want er werden alleen mensen ondervraagd die al rugklachten hadden. Men zou zich bovendien kunnen afvragen of er misschien door de bemoeienissen van behandelende artsen iatrogene schade is ontstaan, die de resultaten van de onderzoeken heeft beïnvloed.

De opvattingen over de psychologische achtergronden van de klachten van een patiënt met lage rugpijn bij wie weinig of geen objectieveerbare afwijkingen worden gevonden, zijn ook gevarieerd.

Bierkens (1967) destilleert uit de literatuur de volgende aetiologische mogelijkheden:

- een neurotische geremdheid ten aanzien van de sthenische tendenties of de agressiviteit
- afweer tegen afhankelijkheidstendenties
- weerstand tegen de seksualiteit
- appèl op sociale consideratie of verzorging
- de verwekende invloed der maatschappelijke omstandigheden.'

Op de betekenis van de bovengenoemde mogelijkheden afzonderlijk behoeft hier niet te worden ingegaan aangezien de psycholoog Bierkens in deze publikatie een benadering presenteert die voor de huisarts van geringe betekenis lijkt.

De theorieën die uitgaan van een verhoogde spierspanning, bieden betere aanknopingspunten voor de verklaring van rugklachten. Volgens Moloney (1948) en Dorpat en Holmes (1962) is er bij de lijdens aan lage rugpijn sprake van een neiging tot verminderde activiteit uit vrees voor de gevolgen ervan. De voorgeschiedenis vermeldt dan een strenge opvoeding met verboden, speciaal waar het gaat om het uiten van vijandigheid. Op de drempel der volwassenheid kan de patiënt in een ambivalente spanningstoestand terecht komen: zijn drang naar zelfstandigheid met de daaraan gekoppelde sociale competitie-activiteiten wordt belemmerd door angst voor

straf indien het niet zou lukken. Deze chronische spanning 'materialiseert zich' in een chronische alarmtoestand van het bewegingsapparaat. Ter adstructie van deze theorie is het onderzoek van Holmes en Wolff (1952) en Dorpat en Holmes (1962) verhelderend. Zij onderzochten patiënten van wie slechts een enkele een objectief aantoonbare afwijking had. Er werd een elektromyografisch onderzoek van de spieren van rug en ledematen verricht tijdens het afnemen van de interviews; verder werd de pijnbeleving van de patiënt op een tien-puntenschaal vastgelegd. Telkens wanneer de patiënt praatte over emotioneel geladen levensconflicten of gevoelens van vijandigheid of gefrustreerdheid uitte, had hij meer last van pijnsensaties. Een sterke verhoging van de spiertonus van rug en ledematen liep hieraan parallel. De onderzoekers komen tot de conclusie dat de pijn veroorzaakt wordt door een ischaemie van de spieren die weer het gevolg is van een abnormale tonusverhoging. Het is begrijpelijk dat de lijder aan lage rugpijn daardoor in een vicieuze cirkel terecht komt.

Volgens Koekenberg (1971) veroorzaakt 'een gespannen levensvoering' een verhoogde tonus van het centrale zenuwstelsel. De spieren krijgen eveneens een verhoging van hun tonus waardoor een onder spanning te stroef functioneren van de gewrichten van de wervelkolom optreedt. Hierdoor ontstaan klachten, die ernstiger zijn wanneer tevoren bovendien een slechte spierconditie bestond, een insufficiënte bewegingstechniek aanwezig was of sprake was van een slechte houding.

De bovenbeschreven theorie van stress —————> verhoogde spanning —————> pijn —————> stress gaat voorbij aan de vraag wanneer er sprake is van stress. Tenaanzien van rugpijn blijkt deze vraag slechts beantwoord te kunnen worden door algemeen geldende psychosomatische theorieën (Moloney 1948, Sullivan 1955, Bergouignan 1961, Walters 1966, Meyers 1967).

Holmes en Wolff (1952) hebben onderzoek gedaan bij 65 patiënten met rugklachten. Bij allen meenden zij verband aan te kunnen tonen tussen het begin van de klachten en het hebben van moeilijkheden. Deze personen waren vaak niet in staat om positieve en constructieve maatregelen te treffen om hun problemen op te lossen. Verder geven Dorpat en Holmes (1962) aan dat rugpijn meestal voorkomt in 'settings of threatening life situations evolving from difficulties in personal and social adjustments.'

In ons land deed Bierkens (1967) een exploratief onderzoek bij rugpijnpatiënten. Hij vond bij zeventien van de 60 patiënten, die bij het onderzoek betrokken waren, ernstige huwelijksproblemen. Bij 26 patiënten waren er moeilijkheden op het gebied van de zelfstandigwording in of buiten het huwelijk in de vorm van bijvoorbeeld een te grote afhankelijkheid van de ouders. Ook in casuïstiekbeschrijvingen van Fordyce e.a. (1968), Levit (1973) en Scheiderer en Bernstein (1976) wordt gesuggereerd dat huwelijksproblemen aanleiding kunnen zijn om te gaan klagen over de rug. Voor de huisarts die in zijn praktijk zeer frequent met huwelijksproblematiek in aanraking komt, betekent de bovengenoemde samenhang tussen rugpijn en moeilijkheden in het huwelijk bijzonder weinig. Waarschijnlijk kan voor iedere willekeurige klacht worden aangetoond dat er veel mensen zijn met problemen in het huwelijk.

Groen (1973) beschrijft van enkele ziektebeelden de psychosomatische aspecten. Zo legt de auteur bij de ziekte van Scheuermann, de spondylarthrititis ankylopoëtica, de osteoporosis praesenilis en de hernia nucleii pulposi een verband tussen de persoonlijkheidskenmerken van de patiënten en het krijgen van deze ziekten. Gezien het feit dat de door Groen genoemde ziekten slechts een bescheiden rol spelen in de aetiologie van lage rugklachten, kunnen we in de psychosomatiek dan ook nauwelijks een verklaring vinden voor deze klachten.

De patiënt met lage rugpijn is doorgaans geen duidelijke psychiatrische patiënt en verwijzing naar een psychiater is in het algemeen niet nodig. Dat toch af en toe een patiënt met deze klacht naar de psychiater wordt verwezen, zal komen omdat er wél duidelijke psychiatrische symptomen zijn of omdat de arts de moed heeft opgegeven en dan als laatste redmiddel de psychiater 'probeert'. Het zal duidelijk zijn dat het laatste verwijzingsmotief weinig zinvol is en ook zo veel mogelijk moet worden vermeden (Weijel 1973).

Er zijn verschillende studies verricht waarin gezocht wordt naar psychiatrische verklaringen voor de lage rugklachten. Volgens Weijel (1969b) bestaan er geen specifieke psychotraumata die een lumbaal pijnsyndroom kunnen doen ontstaan. Ritterhoff (1975) merkt op dat er vele psychiatrische ziektebeelden achter rugpijn kun-

nen schuilgaan, zoals schizofrenie, hysterische conversie, paranoïde toestanden en depressies. Maruta (1976a) deed een onderzoek bij 31 patiënten die tot dan toe niet op medische en chirurgische therapie hadden gereageerd. De lage rugpijn bestond in alle gevallen langer dan negen maanden. Deze patiënten toonden duidelijk trekken van conversie en van een hysterische persoonlijkheid. De auteur zegt dat gedurende de ziekenhuisopname de trekken van angst en depressie steeds duidelijker werden. Men kan zich echter afvragen wat post of propter was.

Stabiele werkverhoudingen in het bedrijf, een goede binding aan het werk en ruime mogelijkheden tot zelfontplooiing hebben volgens Philipsen (1969) een opvallend grote invloed op de ziektefrequentie van de werknemers. Ten aanzien van rugpijn filosofeert Weijel (1969a) over de mogelijkheid dat naast strikt mechanische factoren ook andere factoren een rol spelen bij het al dan niet klagen: 'Het kan de hoogte van de draaibank zijn, het langdurig achtereen staan of zitten; maar ook de knorrige voorman, de lanterfanterende ondergeschikte, de geringe beloning, de gemiste promotie zijn.'

Magora (1975) heeft dit ook onderzocht: hij ondervroeg een groot aantal mensen uit verschillende beroepen van wie een deel leed aan rugpijn en een ander deel niet. Zijn belangrijkste bevindingen waren dat degenen die niet tevreden waren met hun beroep, positie en/of sociale status, en die het idee hadden dat erg veel verantwoordelijkheid en geestelijke concentratie van hen verwacht werd en die gespannen en vermoeid waren na het werk, beslist meer rugpijn hadden dan de mensen in de controlegroep. Zo noemen ook Westrin e.a. (1972) de ondergeschikte positie en de ontevredenheid met het werk als belangrijkste factoren bij het ontstaan van lage rugpijn.

Door vele onderzoekers is gezocht naar de invloed van de zwaarte en de aard van het werk. De resultaten van hun studies zijn echter niet eensluidend. Zo tonen Hult (1954) en Rowe (1969) aan dat rugpijn bij kantoorpersoneel en handarbeiders even vaak voorkomt. Maar anderen (Lawrence 1955, Ikata 1965, White 1966, Magora 1970, Chaffin 1974) vinden een hogere incidentie van deze klacht bij de arbeiders in de zware industrieën dan bij mensen die een fysiek minder belastend beroep uitoefenen. In Nederland deed Hoek (1972)

onderzoek naar de invloed van de aard van het werk op rugklachten. Ziekteverzuim werd door hem als maat genomen voor de omvang en betekenis van de klachten. Er kon geen duidelijk verband worden gelegd tussen rugklachten en verzuim aan de ene kant en de aard van de werkzaamheden aan de andere kant. In een andere publikatie geeft Hoek (1973) aan dat vooral plaatsgebonden repetiteerarbeid met veel til- en torsiebewegingen ongunstig zou zijn. Ook Zuidema (1976) toont door myo-elektrisch onderzoek van de musculi erectores spinae bij proefpersonen aan dat voorovergebogen staan en voorovergebogen zitten een forse statische rugbelasting betekenen. In hoeverre de verschillen in rugbelasting ook leiden tot een meer of minder klagen over de rug is in dit onderzoek van Zuidema niet bestudeerd.

- * Samenvattend kan ten aanzien van de groep 'psychogene rugpijn' worden gezegd dat er geen sprake is van een bepaald stereotiep beeld van de patiënt met rugpijn. Wel wordt er door de verschillende auteurs een consequent negatieve beschrijving gegeven. Ook de onderzoekers die het hoe en waarom van de rugklachten vanuit psychologisch standpunt proberen te verklaren, komen tot zeer verschillende conclusies. Een specifiek 'persoonlijkheidsprofiel' van de patiënt met lage rugklachten was niet aan te tonen. In studies over de werksituatie wordt gewezen op het feit dat onvrede en stress een belangrijke rol kunnen spelen bij het klagen over de rug. De fysieke belasting van de rug tijdens het werk lijkt ook van belang, maar de gegevens hierover zijn tegenstrijdig. Ten aanzien van andere stressfactoren bij het ontstaan van rugklachten komt op weinig doordachte wijze vooral huwelijksproblematiek naar voren.

3.2 Een indeling naar uitingsvormen

De rug heeft anatomisch en fysiologisch gezien een zeer ingewikkelde structuur. Toch is het klachtenpatroon waarmee de patiënt op het spreekuur komt, vrij monotoon. Iemand met rugklachten geeft uit

zichzelf vaak niet meer te kennen dan 'Ik heb rugpijn' en maakt dan ter verduidelijking soms een gebaar met de hand waar de pijn is gelokaliseerd. Daar moet de huisarts het dan mee doen. Weliswaar kan de anamnese verdere informatie verschaffen over de aard van de pijn en de eventueel uitlokkende factoren, maar toch blijkt steeds weer hoe mager de symptomatologie van rugaandoeningen is.

Reeds besproken is hoeveel aandoeningen en afwijkingen aan rugklachten ten grondslag kunnen liggen, nu zal worden getracht een op de praktijk gerichte indeling naar uitingvormen te geven. Uiteraard zijn verschillende indelingen mogelijk.

Een op het klinische beeld gebaseerde indeling geeft Lang (1978), die vier hoofdgroepen rugpijn onderscheidt:

- Dorsalgie référée d'origine viscérale
- Dorsalgie vertébrale de cause non rhumatismale
- Dorsalgie vertébrale de cause rhumatismale
- Dorsalgie d'origine péri-vertébrale

Dat het in deze indeling niet altijd om duidelijk omschreven diagnoses gaat, moge wel blijken uit Langs woorden: 'Même si près de 90% de toutes les causes de dorsalgie sont incluses dans les deux dernières catégories, nous considérons qu'elles doivent servir de diagnostic d'exclusion.'

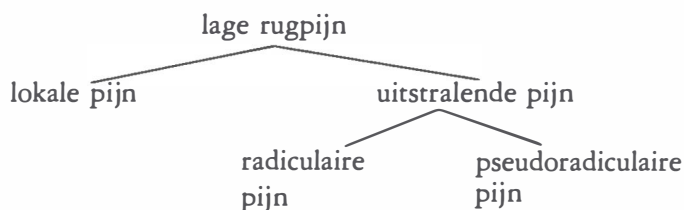
Een andere, op de uitingvormen gebaseerde indeling is afkomstig van Nachemson en Andersson (1975), die de begrippen acuut, chronisch en recidief definieerden. Zij onderscheidden vijf diagnostische groepen en beschrijven de bij elke groep behorende klinische bevindingen:

- Insufficiëntia dorsi
- Lumbago
- Ischias
- 'Rhizopathie'
- De combinatie lumbago/ischias

Het begrip 'rhizopathie' - in ons land niet gebruikt - kan worden vertaald in 'radiculair syndroom'.

Ook kan een pragmatische benadering worden gekozen in de zin van: om wat voor soort pijn - stekend, borend - gaat het, en hoe lang duren de pijnklachten al - kort, lang - ? Betreft het een recidief?

Min of meer ontleend aan Nachemson en Andersson (1975) is de volgende indeling:



In de praktijk blijkt het vaak om combinaties te gaan. Terwille van de systematiek zal echter van elk van deze typen rugpijn een afzonderlijke beschouwing worden gegeven.

— lokale pijn

De lokale pijn wordt in de lumbosacrale regio aangegeven; soms in de mediaanlijn gelokaliseerd, soms ook unilateraal. De lokalisatie is vaak niet precies en wordt door de patiënt nogal eens met de hele hand aangewezen. De pijn kan geleidelijk ontstaan zijn, heeft dan vaak een zeurend karakter, is min of meer permanent aanwezig en kan bij een bepaalde houding verminderen. De pijn kan echter ook zeer acuut zijn ontstaan en is dan vaak unilateraal.

De hier beschreven lokale pijn wordt dikwijls aangeduid met benamingen als spit, lumbago, fibrositis, myalgie en myogeen.

Vele decennia heeft men gedacht dat niet-specifieke ontstekingsachtige veranderingen in het bindweefsel verantwoordelijk waren voor deze lokale pijnen. Maar Macnab (1977) vermeldt dat tot op heden bij histologisch onderzoek nog nooit een pathologisch-anatomisch substraat bij 'lumbago'-patiënten is gevonden; het is dan ook waarschijnlijk dat dat niet bestaat. Zelfs bij waargenomen 'myogelosen' zou het gaan om gelokaliseerde vetkwabbetjes.

Het zijn vaak de bevindingen bij het lichamelijk onderzoek die de artsen ertoe brengen te denken aan lokale spieraandoeningen. Iedere arts die een 'lumbago'-patiënt onderzoekt, weet immers hoe pijnlijk de palpatie van de musculus erector trunci kan zijn. Toch wordt deze pijn niet veroorzaakt door een ziekteproces in deze spier, maar door een aandoening of trauma van een dieper gelegen structuur, die de sensibele zenuwuiteinden in dit gebied prikkelt en daardoor aanleiding kan geven tot een zogenaamde 'referred pain'.

De benamingen spit, lumbago, fibrositis, myalgie en myogeen zijn weinig wetenschappelijk. Toch worden ze in het klinisch spraakgebruik en in vrijwel elke correspondentie over rugpijnpatiënten gebruikt. Aansluitend op deze praktijk volgt hier een bespreking van elk van deze pijnsyndromen.

.. lumbago

De omschrijving van het beeld 'lumbago' is gevarieerd. Zo noemt Oosterhuis (1974a) alle rugpijn zonder uitstraling lumbago. In de Codex Medicus (1971) staat lumbago omschreven als een acute of chronische, al of niet recidiverende pijn onder in de rug, die ontstaat in het lumbale deel van de wervelkolom. Blokziyl (1979) definieert lumbago als een acute of chronische intermitterende of recidiverende pijn laag in de rug, waarvan kan worden aangenomen dat deze in de rug zijn oorsprong vindt, op grond van de aard, de wijze van ontstaan en de lokalisatie van deze pijn. Van Es (1974) geeft de volgende omschrijving: 'Meestal ontstaat de als een aanval optredende pijn direct in aansluiting aan een ongelukkige en achteloos uitgevoerde beweging, vooral als daarbij een torsie van de wervelkolom plaatsvindt. De kracht die daarbij gezet wordt, speelt een ondergeschikte rol; het verkeerd uitvoeren van de beweging is de hoofdzaak... De pijn 'schiet' in de rug (spit; 'Hexenschuss'), meestal aan één zijde in de lumbale regio... Recht voorover bukken is niet mogelijk; men wijkt naar de zieke kant om deze te sparen. Weer overeind komen is meestal nog pijnlijker dan bukken. Bij de staande patiënt vindt men een reflectoire scoliose met de convexe zijde naar de getroffen kant. Bij de palpatie verkeert de musculus erector trunci in een verhoogde spanningstoestand en is drukpijnlijk. De pijn straalt niet uit en er zijn geen neurologische uitvalsverschijnselen.'

Hoewel we ons realiseren dat lumbago slechts een symptoom is en dus niets zegt over de oorzaak, weten medici en meestal ook de rugpatiënten zelf maar al te goed dat het ontstaan van spit wordt bevorderd door een verkeerd gebruiken van de rugspieren, bijvoorbeeld door een slechte houding tijdens het werk. Ook kan afkoeling of tocht het beeld van een lumbago oproepen.

.. myalgie

Onder 'myalgie' of 'myogenie' wordt in de Codex Medicus (1971) verstaan: acute of chronische pijn in bepaalde spieren of spiergroepen meestal gepaard gaande met palpabele afwijkingen in de musculatuur zoals spierverhardingen - vaak met 'myogelosen' aangeduid - die drukpijnlijk zijn. Deze spierverhardingen zijn vooral bij de insertieplaatsen en in de rand van de spier gelokaliseerd als korrel- tot duiveëigrote knobbels. Andere palpabele afwijkingen in de spier zijn gekenmerkt door hypertonie vooral van de spierranden, die ook weer drukpijnlijk zijn. Wat de myogelosen betreft gaat het vaak om weinig objectiveerbare bevindingen; de ene arts vindt ze wel, de andere niet. Ook voor deze myogelosen, myalgie, myogenie en hypertonie bestaat geen pathologisch-anatomisch substraat.

.. fibrositis

De term 'fibrositis' werd al in 1904 geïntroduceerd (Macnab 1977) en dit beeld werd toen beschouwd als een niet-specifiek ontstekingsproces in het bindweefsel dat aan het klinische beeld van de lumbago ten grondslag zou liggen. Thans is bekend dat er geen duidelijke morfologische basis voor dit begrip is en dat er geen duidelijk omschreven oorzaak is aan te tonen. Vooral in de Angelsaksische literatuur wordt fibrositis als een samenvattende benaming voor 'weke-delenreuma' (non-articular rheumatism) gehanteerd.

.. tendinitis

Hoewel 'tendinitis' een tamelijk frequent gebruikt klinisch begrip is, wordt deze toch niet zo vaak gehanteerd in verband met de rug. Wanneer op de plaats van de aanhechting van spieren of ligamenten aan het bot een sterke drukpijnlijkheid bestaat en bij palpatie van een dergelijk gebied de pijn die de patiënt ook spontaan ervaart, kan worden opgewekt, kan gesproken worden van een tendinitis. Volgens Macnab (1977) ligt er pathogenetisch waarschijnlijk een degeneratief proces aan dit beeld ten grondslag, dat op zijn beurt weer een ontstekingsreactie of een auto-immuunreactie op gang brengt, waardoor een lokaal oedeem ontstaat met als gevolg pijn en drukgevoeligheid.

Onder 'myofasciale sprains' of 'sprains' dienen we in dit verband alle traumata zoals verrekken, verdraaien en forceren van de rug te verstaan. De fysiologische draagkracht van de rug wordt als het ware even 'doorbroken', waarna weer een restitutio ad integrum optreedt. Indien er sprake is van een meer direct inwerkend geweld kan beter gesproken worden van een rugkneuzing of rugcontusie waarbij uiteraard nog niets gezegd wordt over wat dan precies 'gekneusd' is.

— uitstralende pijn

Met een uitstralende pijn wordt hier bedoeld een uitstralende pijn vanuit de rug of bil in een been. Deze pijn straalt dan vrijwel altijd uit in het verloop van de nervus ischiadicus en wordt dan aangeduid met ischias of ischialgie.

Volgens Oosterhuis (1974a) kunnen we ischias definiëren als een uitstralende pijn in één been, vooral gelokaliseerd in de bil, aan de achterkant of de zijkant van het bovenbeen, de knieholte en de laterale zijde van het onderbeen, soms tot de voet. De pijn kan veroorzaakt worden door een letsel of aandoening van één of meer wortels - te weten L4-L5-S1 of S2, maar meestal L5 of S1 - of door een letsel van de zenuw in het meer perifere verloop.

Uit praktisch diagnostische overwegingen is het zinvol deze uitstralende pijn onder te verdelen in:

radiculaire pijn

en

pseudoradiculaire pijn

Verbiest (1968) heeft gewezen op de betekenis van deze begrippen radicaal en pseudoradicaal. Radiculaire pijn is een uiting van een aandoening van een ruggemergswortel; de symptomen van pseudoradiculaire pijn vertonen een bedrieglijke overeenkomst met die van radiculaire pijn, maar er is nu geen sprake van een aandoening van een ruggemergswortel. Wanneer men de sensibele innervatie van de structuren in het gebied van de lumbosacrale wervelkolom goed beschouwt, wordt het duidelijk dat er in de praktijk bij veel aandoeningen in dit gebied sprake zal zijn van een combinatie van beide typen pijn waarbij het onderscheid soms moeilijk te maken is.

Een zorgvuldig lichamelijk onderzoek met de zogenoemde provocatieproeven van Lasègue, Bragard, Kemp en de 'hoofd-buigproef' (zie pagina 42) zal kunnen leiden tot het differentiëren tussen deze twee pijnvormen. Blijft de twijfel bestaan dan kan in voorkomende gevallen het doen van verder klinisch onderzoek (myelografie, lumbaalpunctie met liquoronderzoek, elektromyografie, enzovoort) geïndiceerd zijn. Wanneer ook uitgebreid onderzoek geen duidelijk antwoord heeft gegeven, zal soms een operatieve exploratie van het lumbale gebied gerechtvaardigd zijn.

Juist voor de huisarts die de meeste patiënten met lage rugklachten zelfstandig zonder tussenkomst van een specialist behandelt, is het onderscheid tussen radiculair en pseudoradiculair van eminent belang omdat het verdere therapeutische beleid hierdoor wordt bepaald.

.. radiculaire pijn

Men neemt aan dat radiculaire pijn kan ontstaan door druk op, of rekking van ruggemergswortels of door een verhoogde gevoeligheid van de wortels zoals bij een ontsteking voorkomt. De meest voorkomende oorzaak van radiculaire pijn is de discusprolaps die aanleiding geeft tot een compressie van de wortels. Pathologisch-anatomisch gezien is de discusprolaps of hernia nuclei pulposi - in het vervolg aangeduid met hernia - een schakel in de keten van het degeneratieproces van de discus intervertebralis. Het beeld kan variëren van een uitpuilen van de tussenwervelschijf (bulging disc) tot een echte prolaps, al dan niet vrij in het wervelkanaal gesequestreerd. In het verloop van het degeneratieproces van de discus ontstaan aan de randen van het wervellichaam osteofyten die op hun beurt ook weer invloed hebben op het functioneren van de wortels.

De klachten ontstaan doorgaans in de loop van enkele dagen met een toeneming van de rugklachten en een uitstralende pijn in de bil en het been, vaak gepaard gaande met paraesthesieën. Een heel enkele keer ontstaat de discusprolaps acuut na een trauma. Overigens is de symptomatologie volledig afhankelijk van de wortel die wordt gecompriëerd. Soms vindt er ook een beïnvloeding van de zenuw-wortels op verschillende niveaus plaats. Cyriax (1969) zegt dat een discusprolaps zelden voorkomt op het niveau L1-L2 en L2-L3 en Kramer (1968) vermeldt dat een lumbale discusprolaps in 50% der

gevallen op het niveau L5-S1 en in 40% op dat van L4-L5 voorkomt. Dit betekent dat in de praktijk het syndroom van de wortels L5 en S1 verreweg het belangrijkste is.

Hier lijkt een vermelding van de voor de laag-lumbale syndromen belangrijke peesreflexen van belang:

- de adductorenreflex loopt via de wortel L3.
- de kniepeesreflex (KPR) loopt via de wortels L3 of L4.
- de achillespeesreflex (APR) loopt meestal via de wortel S1.

Het syndroom van de wortel L5 (Mumenthaler en Schliack 1973):

- pijn en/of prikkelingen in een gebied verlopend van de laterale knierand via de ventrolaterale zijde van het onderbeen naar de wreef van de voet en de grote teen.
- gevoelsuitval in hetzelfde gebied, het meest uitgesproken op de wreef van de voet.
- parese, het meest uitgesproken in de musculus extensor hallucis longus (heffen van de grote teen).
- strikt genomen blijven de KPR en de APR intact.

Het syndroom van de wortel S1 (Mumenthaler en Schliack 1973):

- pijn en/of prikkeling in een gebied verlopend vanuit de bil via de dorsolaterale zijde van het bovenbeen en de dorsolaterale zijde van de kuit naar de buitenzijde van de hak en de voetzool; de pijn straalt uit in de richting van de kleine teen.
- gevoelsuitval in hetzelfde gebied, aan de hak en de laterale voetrand het meest uitgesproken.
- parese van de plantair flexoren in casu de musculus triceps surae, doch ook de musculus peroneus brevis (pronatie van de voet).
- een verlaagde of afwezige APR.

Naast deze symptomen zal een verdere anamnese (vragen naar de invloed op de pijn van hoesten, niezen, persen en lachen), het doen van provocatieproeven (de testen van Lasègue, Bragard, Kemp, de 'hoofd-buigproef') en vooral het observeren van de romp in rust en bij bewegen, moeten leiden tot het stellen van de juiste diagnose. Hoewel volgens Kramer (1968) iedere medicus met kennis van zaken door middel van de anamnese en het fysisch onderzoek in driekwart der gevallen tot een hoogtediagnostiek van de discusprolaps kan

komen, is de differentiëring tussen de verschillende hernia's wat betreft de hoogte van het proces toch meer een zaak voor de specialist; vooral wanneer een operatie wordt overwogen.

Het belangrijkste voor de huisarts is dat hij het beeld van de hernia herkent en dienovereenkomstig behandelt. Dit geldt in het bijzonder voor het caudasyndroom dat wordt veroorzaakt door een massale uitpuiling van een discus met druk op de cauda equina, die leidt tot sensibiliteitsstoornissen in het zitvlak en een gestoorde blaas- en rectumfunctie. Een snelle operatie is hier vereist.

Vermeld moet nog worden dat bij ongeveer 5% van de patiënten met een typische anamnese en onderzoekbevindingen voor een hernia, bij de operatie blijkt dat ze geen hernia hebben (Hirsch 1965). Soms wordt alleen een nauw foramen intervertebrale of een benige richel in het wervelkanaal gevonden, soms verdikte ligamenten. In deze categorie aandoeningen valt ook de primaire stenose van het lumbale kanaal - het syndroom van Verbiest - (Verbiest 1950). De symptomen van deze lumbaalstenose in de zin van radiculair pijn, paraesthesiën in de sacrale dermatomen en krachtsverlies, ontstaan vooral na lopen en staan en verdwijnen bij zitten. Verbiest (1950) veronderstelde dat de symptomatologie berust op intermitterende circulatiestoornissen van de wortels.

Weliswaar zijn er behalve de bovengenoemde aandoeningen nog veel meer afwijkingen die aanleiding geven tot een radiculair syndroom; de hernia nucleï pulposi is echter voor de huisarts verreweg de belangrijkste.

Het probleem bij de diagnostiek van een hernia en andere aandoeningen van de wervelkolom die gepaard gaan met wortelprikkeling ligt hierin dat men vaak met een combinatie van radiculair en schijnbaar radiculair pijn te maken heeft. Een hernia is veelal niet de enige lokale afwijking maar een onderdeel van een aandoening van een bewegingssegment of werveleenheid waardoor én radiculair pijn én schijnbaar radiculair pijn kunnen ontstaan.

.. pseudoradiculaire pijn

Verbiest (1968) noemt uitstralende pijn die zijn oorsprong vindt in de ligamenten, het periost, de dura, de intervertebraalgewrichten en enkele andere structuren van de wervelkolom pseudoradiculaire pijn.

Deze pijn kan experimenteel opgewekt worden. In dit verband zijn de proeven van Kellgren (1939) illustratief. Deze onderzoeker prikkelde met een naald en een hypertone zoutoplossing in de intervertebrale gewrichten bindweefselstructuren als banden, pezen, spieren en botten. De zo opgewekte pijn had de neiging zich diffuus uit te breiden en zich niet te storen aan de grenzen van de verschillende dermatomen. Niet diep onder het huidoppervlak gelegen structuren konden door de proefpersonen nog redelijk worden gelokaliseerd. De pijn, in de diepere lagen opgewekt, straalde soms over enige afstand uit, waarbij het betrokken gebied niet zelden leek op dat van een, bij een bepaalde wortel behorend, dermatoom.

Blokzijl (1979) geeft enkele praktische wenken voor de differentiële diagnostiek van uitstralende pijn:

- Een acuut optredende heftige pijn laag in de rug, uitstralend in het innervatiegebied van een bepaalde wortel, ontstaan na een onverwachte beweging of een te sterke belasting van de rug, wijst op radiculaire pijn aangezien schijnbaar radiculaire pijn een zekere tijd nodig heeft om tot ontwikkeling te komen. Wanneer de patiënt 's ochtends bij het opstaan klachten heeft over stijfheid en pijnlijkheid in de rug die in de loop van de ochtend geleidelijk verdwijnen, is het waarschijnlijker dat men te maken heeft met een aandoening van de intervertebrale gewrichten, de ligamenten en dergelijke.
- Het voorkomen van (subjectieve) perifeer sensibele en motorische innervatiestoornissen in het verzorgingsgebied van een bepaalde wortel wijst eerder op een radiculaire prikkeling.
- In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat een schijnbaar radiculaire pijn spontaan bij bepaalde bewegingen of bij de provocatieproeven minder ver uitstraalt, meestal niet verder dan tot in het bovenbeen.
- Het voorkomen van neurologische afwijkingen zoals sensibiliteitsstoornissen, reflexverschillen, motorische stoornissen of stoornissen in de functie van blaas en rectum wijzen met zekerheid op een aandoening van de wortels.

4.3 DE THERAPIE

1 Inleiding

Zoals we bij de bespreking van de differentiële diagnostiek reeds hebben gezien, kunnen aan rugklachten zowel somatische als psychosociale factoren ten grondslag liggen. Vooral bij de langer durende rugklachten is het voor de huisarts van belang na te gaan welk gewicht aan ieder van deze elkaar beïnvloedende factoren moet worden toegekend, opdat hij bij de therapie daarmee rekening kan houden. Omdat de huisarts doorgaans de persoonlijke omstandigheden van de patiënt kent, kan hij soms beter dan de specialist, in ieder geval meer integraal, het probleem van de lage rugklachten benaderen. Mooney en Cairns (1978) geven verscheidene redenen waarom in hun ogen de behandeling door de huisarts een *conditio sine qua non* is: 'Because of his broader background and greater familiarity with symptomatic therapeutics without specific diagnostic requirements; he provides an excellent counterbalance to the very rigid structural work-up necessary from an orthopedist's standpoint ... Also the effects of the family constellation and the patient's personality are more central to his work-up and evaluation than to that of the specialist as he constantly tries to pursue the scientific thread. The family physician specialist, I believe, is the most necessary specialist of all in any chronic pain clinic setting. All other specialists - neurosurgeons, physiatrists, anesthesiologists, psychiatrists, as well as orthopedic surgeons - create their own therapeutic approach, but only the general practitioner can be comfortable with all of these and mold his treatment program to include them.'

Uit dit citaat wordt ook duidelijk dat de arts in eerste lijn zich vaak moet beperken tot symptomatische therapie. Maar welke therapie ook wordt toegepast, bedacht moet worden dat er geen overtuigende bewijzen zijn dat een bepaalde therapie in staat is het 'natuurlijke beloop' van de lage rugpijn in gunstige zin te beïnvloeden (Working Group on Back Pain, 1979).

2 Therapeutische mogelijkheden in de huisartspraktijk

De therapeutische mogelijkheden die de huisarts heeft, zijn:

- . voorlichting
- . houdingsadviezen
- . het voorschrijven van bedrust
- . het voorschrijven van medicamenten
- . het voorschrijven van fysiotherapie
- . hulp bij psychosociale problemen
- . alternatieve geneeswijzen
- . preventie

In dit hoofdstuk zal aan al deze mogelijkheden afzonderlijk aandacht worden besteed. De volgorde waarin dat gebeurt is volstrekt willekeurig en heeft niets te maken met het belang van de verschillende soorten therapieën. Iedere therapeutische benadering heeft zijn eigen waarde en zal soms complementair zijn aan een ander. Het is zelfs goed voorstelbaar dat alle acht mogelijkheden naast elkaar worden toegepast.

2.1 *Voorlichting*

Niet alleen voor rugklachten maar voor elke klacht lijkt het van belang de patiënt zoveel mogelijk uitleg te geven omtrent de oorzaak. Alhoewel het benoemen van de werkelijke oorzaak van lage rugpijn in vele gevallen een moeilijke opgave is, zal de huisarts de patiënt vaak een plausibele verklaring voor zijn klachten moeten geven. Het ligt voor de hand dat een dergelijke uitleg veel gemakkelijker is bij de nog maar kortdurende, acuut opgetreden klachten dan bij de langduriger gevallen. Wanneer bij langer bestaande rugpijnproblemen door de huisarts een belangrijke samenhang wordt vermoed met factoren als psychosociale stress, zal dit dan ook naar de patiënt toe moeten worden verwoord.

Op deze plaats wil ik waarschuwen voor het gebruik van het woord 'slijtage' dat zo vaak door de patiënt zelf maar helaas ook door de arts wordt gebruikt. Het begrip 'slijtage' wordt door de patiënt terecht negatief geïnterpreteerd; het lijkt dan ook veel verstandiger dat artsen zich bedienen van uitlatingen als: 'Bij heel veel mensen zien we het één en ander veranderen als ze ouder worden'; 'Uw rug is wat ouder dan u zelf' of (charmanter) 'U bent zelf 'jonger' dan uw rug'.

We moeten ons realiseren dat de marge tussen het beter maken en het invalideren van de patiënt met rugpijn soms smal is. De patiënt heeft enerzijds recht op een verklaring over zijn lichamelijke toestand, anderzijds zou het onverstandig zijn onbelangrijke vormveranderingen van de wervelkolom die bij het lichamelijk onderzoek worden gevonden, aan de patiënt door te geven omdat hij daardoor nodeloos ongerust zou kunnen worden. Moeilijkheden kunnen ontstaan door ondoordachte uitspraken van artsen en fysiotherapeuten als: 'Uw rug is een puinhoop', 'Er zitten wervels helemaal scheef', 'Er zit een knik in de rug' en dergelijke weinig opbeurende mededelingen.

Goede voorlichting bij lage rugklachten is uitermate belangrijk. De patiënt kan daardoor zelfs tot de overtuiging komen dat verdere therapie niet noodzakelijk is. Het is immers een klacht die door de patiënt zelden als bedreigend wordt ervaren.

2.2 Houdingsadviezen

Voordat de huisarts deze adviezen zal kunnen geven, zal hij het nodige moeten weten over de woning van de patiënt, zijn gezin, het werk dat hij doet, het vervoer van en naar het werk en de vrije-tijdsbesteding. Wanneer voorbijgegaan wordt aan deze anamnestiche informatie, bestaat de kans dat de arts adviezen geeft die onuitvoerbaar zijn. Maar ook al zal de arts de persoonlijke levensomstandigheden van de patiënt wel kennen, dan blijkt toch meer dan eens dat zijn adviezen over houding, sportbeoefening en een goede nachtrust niet gemakkelijk opgevolgd kunnen worden, omdat de patiënt gevangen is in een leefwijze die moeilijk veranderd kan worden. Toch zal de huisarts er verstandig aan doen bij iedere patiënt met rugklachten een aantal eenvoudige adviezen te verstrekken, zoals het doen van lichte kamergymnastiek, het nemen van voldoende lichaamsbeweging, het zitten op een rechte stoel met een goede rugleuning, het slapen op een bed met een stevige, niet teveel doorzakkende onderlaag en het op een juiste manier bukken en tillen. Ook zwemmen is een goede oefening voor de rug, mits het regelmatig wordt gedaan. Zeer belangrijk is het om na te gaan of de werkhouding van de patiënt wel juist is.

Enkele boekjes en folders waarin voor de leek informatie over de ontstaanswijzen van rugpijn wordt gegeven en waarin nuttige oefeningen worden genoemd, zijn:

- . Wegener Sleeswijk, N.A.O. (1961) - U en uw rug - De Driehoek, Amsterdam
- . Beweeg u beter (1978) - gedistribueerd door ACF Chemiefarma NV, Maarssen
- . Gisolf, A., ed. (1978) - Spreekuur thuis: Rugklachten - Elsevier, Amsterdam/Brussel
- . Voldere, J. de (1978) - Leven zonder rugklachten - Van Gorcum en Comp bv, Assen; Nederlandse Boekhandel, Antwerpen
- . Ruggespraak (1979) - gedistribueerd door Roussel Laboratoria bv, uitgegeven door Van Lindonk, Aarlanderveen
- . Meilach, D.Z. (1981) - Rugklachten. Voorkomen-genezen. Vert. door C. J. Overdijk - De Centaur/Omega Boek, Amsterdam

Hoewel veel van de bemoeienissen met de patiënt met lage rugklachten verband houden met een poging om hem lichamelijk en geestelijk weer bestand te maken tegen de aan hem gestelde eisen, zal het in enkele gevallen ook noodzakelijk zijn maatregelen te nemen om de omgeving aan te passen aan de patiënt. In een aantal gevallen zal hiervoor door de huisarts contact moeten worden opgenomen met de bedrijfsgeneeskundige dienst van het bedrijf waar de patiënt werkzaam is, of met de verzekeringsgeneeskundigen en arbeidsdeskundigen van het Gemeenschappelijk Administratie Kantoor of de Gemeenschappelijke Medische Dienst. Ook een revalidatiepolikliniek waar naast fysiotherapeuten arbeidstherapeuten werkzaam zijn, kan als dienstverlenend instituut de patiënt behulpzaam zijn.

Wanneer ondanks alle genomen maatregelen de patiënt niet meer in staat is zijn werk te doen, zal vooral wanneer de arbeidsongeschiktheid langer dan enkele maanden duurt, de kans groot zijn dat de patiënt blijvend arbeidsongeschikt wordt voor het werk dat hij deed. Ook al doordat in deze tijd de werkloosheid steeds toeneemt, is de herplaatsing van deze mensen in andere posities veelal een utopie. Daarom moet de arts vooral wanneer de klachten nog maar kort duren, zeer voorzichtig zijn met het advies 'werkonderbreking'. Bij een spit of bij hevige pijn is daar vaak niet aan te ontkomen maar men

streef ernaar het thuisblijven zoveel mogelijk te beperken. Is het beroep van een patiënt met recidiverende rugklachten werkelijk een te zware belasting voor de rug, dan is soms omscholing mogelijk. Die mogelijkheid dient overwogen te worden. Dat aan dit omscholingsproces ook weer problemen zijn verbonden, wordt duidelijk gemaakt door Bakker (1968) die de arbeidsproductieve periode van de mens verdeelt in twee fasen, namelijk: 16-40 jaar, ontplooiing en opbouw van bestaan; 40-65 jaar, consolidatie van positie. Bakker wijst erop dat late omscholing doorgaans tot afbrokkeling van de positie leidt. Naast deze in enkele gevallen meer arbeidstechnische benadering van lage rugklachten, die vaak multidisciplinair moet zijn, kan de huisarts diverse eenvoudige aanvullende maatregelen treffen. Zo kan het zin hebben aan iemand die platvoeten heeft en die veel moet staan, steunzolen voor te schrijven. Bij dikke mensen kan het advies tot vermagering een onderdeel zijn van de therapie. Een zwangere kan worden aangeraden mee te doen aan zwangerschapsgymnastiek waar naast instructies voor het baringsproces ook aandacht wordt besteed aan een goede houding. De zwangere doet er goed aan elke dag delordoserende oefeningen te doen:

'De vrouw gaat met vrijwel aaneengesloten benen - spreidstand bevordert de lordose - ongeveer 50 centimeter vóór de leuning van een stoel of de rand van het aanrecht staan en grijpt nu met gestrekte armen deze leuning of de rand van het aanrecht, onder diep ademen. Daarna kantelt zij het bekken naar achteren (de symphysis komt omhoog en de bekkeningang komt dus meer horizontaal) terwijl ze uitademt. Deze oefening dient een twintig maal per dag te worden herhaald. Is de goede houding verkregen, dan behoudt men deze door onder het lopen iets - bijvoorbeeld een boek - op het hoofd te dragen.' (Joosse 1967)

Ook kan een zwangere bij het staan een delordoserende houding verkrijgen door beide benen gelijk te belasten en de bil- en buikspieren aan te trekken. Wanneer hierbij bovendien een been op een verhoging staat, geeft dit een kanteling van het bekken achterover waardoor de delordosering van de rug toeneemt.

Verder behoort iedere zwangere te weten dat schoenen met hoge hakken voor haar uit den boze zijn. Deze brengen het zwaartepunt van het lichaam naar voren en versterken de lumbale lordose. De huisarts kan adviseren wandelschoenen met een halve of driekwart hak te dragen.

Wanneer een hangbuik, waardoor een compensatoir versterkte lumbale lordose optreedt, aanwezig is, geeft soms een lendegordel of een stevig confectiecorset een verlichting van de klachten. Uiteraard zal

eerst geprobeerd moeten worden de patiënt actief oefeningen te laten doen, 'musclesetting' van de buikspieren. Uit een onderzoek van Ahlgren en Hansen (1978) komt naar voren dat van de 201 mensen die voor het eerst een lumbosacraal corset kregen voorgeschreven na 3½ tot 4½ jaar ongeveer éénvijfde deel van hen klachtenvrij was en dat ongeveer de helft van alle patiënten het corset nog regelmatig droeg. De frequentie waarmee deze corsetten werden gedragen, werd niet beïnvloed door de gestelde diagnose of het type corset. Dat het dragen van een orthopaedisch corset niet door iedereen even zinvol wordt geacht, wordt gedemonstreerd door San Giorgi (1967), die stelt: '...dat het corset een voorwerp was, dat de patiënt niet in de rug maar wel in zijn ziektebesef steunde.'

2.3 Het voorschrijven van bedrust

In het algemeen is het beter geen bedrust voor te schrijven. Vanwege de pijn is enige dagen bedrust voor sommige patiënten echter onvermijdelijk. Maar de gevolgen van langdurige bedrust zijn veelal moeilijker te bestrijden dan de oorspronkelijke kwaal waarvoor de bedrust 'nodig' was. Bedrust kan in de loop van één tot twee weken al tot verstijving leiden en daarbij komt dan onder andere nog het risico van veneuze circulatiestoornissen bij oude en dikke patiënten.

Alleen als bij een patiënt op grond van de anamnese en het lichamenlijk onderzoek de diagnose hernia nucleii pulposi wordt gesteld, dient absolute bedrust voorgeschreven te worden.

Uit onderzoek van Nachemson (1960, 1963, 1965), Nachemson en Elfström (1970) bleek uit vele experimenten in vivo en in vitro dat de intradiscale drukken bij verschillende houdingen en belastingen wisselen. Er werd onder andere aangetoond hoe belangrijk de druk in de nucleus pulposus afneemt, wanneer de patiënt gaat liggen. De onderzoekers vonden dat de intradiscale druk in de lighouding - horizontale stand - 50% lager was dan in de staande houding. In de zithouding nam deze druk ten opzichte van de staande houding nog met 30% toe. Door deze bevindingen wordt het belang van een streng en consequent volgehouden bedrust zonder toiletfaciliteiten duidelijk. Immers minder druk in de reeds uitpuilende nucleus pulposus betekent een grotere kans op het weer integreren van het verplaatste nucleusweefsel in de discus intervertebralis.

Door velen, onder anderen Kemp (1953), Luyendijk (1968), Beks (1969), Verjaal (1973) en Blokzijl (1979) wordt er op gewezen dat bij een herniapatiënt in de eerste plaats een goed geleide, conservatieve ligkuurtherapie in aanmerking komt voordat een operatie dient te worden overwogen. Hierop bestaan echter twee uitzonderingen die, hoewel in de praktijk van de huisarts zeldzaam, met nadruk moeten worden vermeld:

- bij een caudasyndroom, dat gewoonlijk acuut ontstaat en te wijten is aan een massale discusprolaps, dient een decompressie-operatie met spoed te worden uitgevoerd;
- bij het optreden van monoradiculaire uitvalsverschijnselen van motorische aard, zoals een eenzijdige verlamming der praetibiale spieren of de kuitspieren moet een operatie worden overwogen.

Behalve deze twee door Luyendijk (1968) genoemde uitzonderingen zal echter een conservatieve behandelingsperiode voorafgaan aan een eventuele operatie.

Met een ligkuur wordt beoogd de normale belasting van de zieke, meestal gedegenererde, tussenwervelschijf tijdelijk te verminderen in de hoop dat de prolaps daardoor spontaan terug zal gaan, waardoor de druk op de wortel(s) opgeheven wordt en de klachten afnemen. Verjaal (1973) geeft aan dat toilet- en wasprivileges enerzijds inbreuk maken op het theoretische uitgangspunt van de ligkuur, maar dat anderzijds het liggend defaeceren en urineren een belasting vormen die men ook niet moet onderschatten. Binnen elke arts-patiëntrelatie zullen weer andere regels ten aanzien van de uitvoering van deze ligtherapie worden gehanteerd waarbij zo veel mogelijk rekening moet worden gehouden met de persoonlijke omstandigheden van de patiënt. Volgens Ten Kate (1967) is een optimistisch tegemoet treden van de patiënt in deze gevallen van onschatbare waarde terwijl tevens het vertrouwen dat de arts inboezemt van veel belang is. Ten Kate zegt letterlijk: 'Het therapeutisch willen van de medicus kan dan ongemerkt worden overgedragen en de patiënt mist de tijd zijn rugklachten te neurotiseren.'

In een groot aantal gevallen verminderen de klachten in de loop van twee tot zes weken zodanig dat de patiënt weer gemobiliseerd kan worden en aan het werk kan gaan. Inschakeling van een fysiotherapeut heeft vaak veel effect vooral als reeds op bed met de oefeningen wordt begonnen. Slechts als de klachten hardnekkig blijven bestaan

of toenemen ondanks de bedrust, als zich herhaaldelijk recidieven voordoen, maar vooral als er neurologische uitvalsverschijnselen optreden, dient een operatieve behandeling te worden overwogen. Achter elk 'herniasyndroom', vooral wanneer dat niet reageert op conservatieve therapie, kan behalve een sequestratie van het discusmateriaal ook een tumor schuil gaan, die leidt tot compressie van één of meer zenuwwortels.

2.4 Het voorschrijven van medicamenten

Volgens Vial (1972) geven functiestoornissen van de wervelkolom die niet al te ernstig zijn, over het algemeen geen aanleiding tot veel klachten en weet de patiënt er heel vaak wel een aanpassingsmechanisme op te bedenken.

Een belangrijk facet in de behandeling van rugklachten zal dan ook in eerste instantie de pijnbestrijding moeten zijn. In de regel zal dat neerkomen op het voorschrijven van een analgeticum. Verdenius (1977) wijst op het belang van een goede indicatiestelling bij een effectieve medicamenteuze pijnbestrijding. Letterlijk zegt hij: 'Pijnstillende middelen kunnen nooit een vervangmiddel zijn voor een integrale benadering van de patiënt en zijn probleem, wel een uiterst waardevol hulpmiddel.' Aangezien van geen enkel analgeticum kan worden verondersteld dat het een causale werking heeft op rugafwijkingen, dient het gebruik daarvan dan ook alleen in overleg met de patiënt te worden geregeld. We zullen ernaar moeten streven alleen dan medicamenten te verstrekken indien de patiënt meent het niet zonder pijntabletten te kunnen stellen.

Wat betreft de keuze van pijnbestrijdende middelen lijken de mogelijkheden haast onbegrensd. De farmaceutische industrieën brengen steeds nieuwe preparaten op de markt, die door de invoeging van een andere zijketen zoveel 'veiliger' zouden zijn dan de oudere middelen. Wanneer men kritisch de overvloed aan reclame beschouwt, blijken dit soort claims veelal uit de lucht gegrepen.

Wesseling (1980) onderscheidt twee groepen van 'echte' pijnbestrijders, namelijk de zogenaamde 'kleine' of aspirine-achtige analgetica en de zogenaamde 'grote' of morfine-achtige analgetica. Gezien het risico van verslaving aan de morfine-achtige en de niet onbelangrijke bijwerkingen ervan zal het voor de hand liggen dat deze

middelen slechts worden voorgeschreven bij hoge uitzondering, bijvoorbeeld bij:

- acute ernstige pijn die op korte termijn zal verdwijnen en geen neiging heeft te recidiveren,
- chronische ernstige pijn bij patiënten met een 'slechte' prognose op korte termijn.

Veel vaker wordt gebruik gemaakt van de aspirine-achtige analgetica. Zij dempen de pijn veroorzaakt door stoffen als histamine en bradykinine, die bij weefselbeschadiging vrijkomen. Verder remmen zij de synthese van de zogenaamde prostaglandines, die op hun beurt weer bradykinine en meer van dergelijke verbindingen in hun werking versterken. Behalve dit analgetisch effect hebben vele 'kleine' analgetica ook een antipyretisch effect. Belangrijk is ook, vooral ten aanzien van rugpijn, dat veel van deze pijnstillers zwellingsverminderend (antiflogistisch) kunnen werken. De bovenbeschreven invloed van de aspirine-achtige analgetica op de prostaglandines kan een groot deel van de bijwerkingen van deze middelen verklaren. De trias: stollingsstoornissen-maagulcera-interstitiële nefritis worden relatief veel bij het gebruik van de 'kleine' analgetica gezien.

Soms is het zinvol de analgetische medicatie te combineren met een sedativum. De spierrelaxerende werking van sommige van deze middelen heeft vaak een gunstig effect. Vanzelfsprekend moeten deze medicamenten niet te lang worden gebruikt. Een groot nadeel van deze sedativa is de nogal eens optredende sufheid waardoor deelname aan het wegverkeer onverantwoord kan worden. Daarnaast zijn er preparaten die een specifiek spierrelaxerende werking zouden hebben.

Het effect van een vitamine-B-preparaat dat nogal eens wordt gebruikt bij ischialgiforme klachten, is niet geheel duidelijk. Volgens sommigen zou het de pijndrempel verhogen, volgens anderen zou de geleiding in bepaalde zenuwen worden bevorderd. Hoe dan ook, de ervaringen met deze vitamine-B-preparaten berusten tot nu toe op empirie, wetenschappelijke bewijzen van de werking van deze middelen zijn niet voorhanden. Vooralsnog lijkt de werking ervan vooral bepaald te worden door het geloof dat erin wordt gesteld, en kan men het middel zien als een onschuldig placebo.

Bij de patiënten is het toepassen van smeersels - linimenta - erg populair; huisartsen schrijven ze vaak voor. Deze lokaal werkende

medicamenten geven een warmtesensatie die een subjectieve verbetering van de klachten kan bewerkstelligen. De werking van deze middelen is te vergelijken met die van warmte-applicaties die de patiënten vaak al uit eigen initiatief hebben toegepast. Het is te vergelijken met het dragen van warme kleding, het nemen van een heet bad, het zitten voor een warme kachel, het slapen in een elektrisch verwarmd bed en het gebruik van een infrarode lamp. Evenals een linimentum zouden al deze warmtebronnen de spiercontractie doen afnemen en daarvan wordt een gunstige invloed op de pijn aangenomen. Al is er dan nog geen sluitende verklaring gevonden voor de werking van warmte op pijn, elke arts weet dat zijn patiënten met rugklachten door deze onschuldige therapie doorgaans een weldadige verbetering van hun klachten ondervinden. Het gegeven dat een linimentum op de huid moet worden ingesmeerd, zal, vooral wanneer dit door een ander gebeurt, leiden tot een huidcontact dat door vele patiënten als prettig wordt ervaren; het spreekt vanzelf dat dat dan ook zal bijdragen tot een gunstig resultaat van deze therapie. Injecties met pijnstillende middelen zouden moeten worden gereserveerd voor patiënten met zeer heftige pijn (koliekpijnen of pijn in het terminale stadium van een ziekte) waarvoor een andere toedieningsweg niet mogelijk is. Ook pijnen waarvan een vitale bedreiging uitgaat, zoals een myocardinfarct, komen voor een injectietherapie in aanmerking. Bij dit soort pijnen is vrees voor een 'fixatie van de patiënt aan de spuit' overbodig. De kans daarop is groter wanneer we een rugpatiënt een prikje geven tegen de pijn. Gezien de recidiverende pijnklachten bij vele rugpatiënten is het risico aanwezig dat wanneer één keer een injectie is gegeven, ook de volgende keren niet meer aan een dergelijke 'magische' behandeling is te ontkomen. Elke huisarts mag zo zijn eigen gedragswijze hebben en dit zal gerespecteerd moeten worden maar er moet wel voor gezorgd worden dat met name binnen de waarnemingsgroepen van huisartsen voor de weekenden en de vakanties duidelijke afspraken worden gemaakt over het wel of niet geven van injecties in dergelijke gevallen. Wanneer dit namelijk niet gebeurt, dan zou de daartoe gepredisponeerde patiënt de verschillen in gedragswijze tussen de huisartsen kunnen uitspelen, waardoor de arts die de patiënt op dat moment behandelt, voor een moeilijk dilemma kan komen te staan.

2.5 *Het voorschrijven van fysiotherapie*

Fysiotherapie neemt bij de behandeling van rugklachten een belangrijke plaats in. Tijdens de opleiding tot arts wordt aan de fysiotherapie nauwelijks enige aandacht besteed. Op zichzelf zou dit geen betekenis behoeven te hebben indien het indicatiegebied dermate beperkt was dat dit tekortschieten in de opleiding slechts een sporadische patiënt zou treffen. Maar een ieder weet hoe vaak patiënten met klachten in het bewegingsapparaat zich aandienen.

Van Gestel (1971) wijst op de eigenaardige situatie dat een arts aan fysiotherapeuten opdrachten moet geven op een terrein waarover hij weinig informatie heeft gekregen tijdens zijn studie.

De meest recente omschrijving van fysiotherapie vond ik in het zogenaamde Fysiotherapeutenbesluit (1977). Fysiotherapie omvat:

- . bewegingstherapie of oefentherapie
- . massagetherapie
- . fysische therapie in engere zin: het tot een geneeskundig doel de patiënt toedienen van fysische prikkels - niet zijnde ioniserende stralen - door middel van electrotherapie, ultrageluidtherapie, thermotherapie, hydrotherapie, balneotherapie en electrodiagnostiek.

Op deze plaats zal niet ingegaan worden op de ratio van al deze technieken maar we moeten ons wel realiseren dat elke techniek zijn eigen indicatiegebied heeft.

De oefentherapie, en wel vooral de houdings- en bewegingscorrectie, vormt één van de belangrijkste aspecten van de fysiotherapie bij rugklachten. In vrijwel alle gevallen zal de fysiotherapeut daar veel tijd aan besteden. Hij zal er bovendien naar streven dat de patiënt na een periode van oefenen onder zijn leiding de oefeningen zelfstandig thuis kan, maar ook móet doen. 'De patiënt moet er iets voor over willen hebben om van zijn klachten af te komen of in ieder geval zijn klachten te verminderen, met name moet hij zich willen inzetten om bijvoorbeeld zijn houding te verbeteren, om zijn bewegingspatroon te verbeteren, om zijn musculatuur te willen trainen en dit alles kost inspanning en doorzettingsvermogen' (Vial 1972).

Soms zal door de fysiotherapeut een houdingsafwijking worden gevonden welke door de verwijzende huisarts nog niet was onderkend. De fysiotherapeut moet gemiddeld veel tijd aan een patiënt besteden;

de deskundigheid van deze para-medicus op het gebied van aandoeningen en afwijkingen van het bewegingsapparaat is bovendien groot. Zo verwonderlijk is het dus niet dat een beoefenaar van deze discipline soms eerder dan de verwijzende huisarts op het spoor komt van bijvoorbeeld een bekkenscheefstand ten gevolge van een beenlengteverschil.

Naast een verbetering van de houding met hulp van de fysiotherapeut zal soms ook een correctie van een beenlengteverschil nodig zijn door middel van een verhoging in de schoen of onder de hak van de schoen.

Naast oefentherapie zal ter verlichting van de pijn ook nogal eens massage worden gegeven. Hoewel het effect van de massage op de pijn doorgaans snel door de patiënt te merken is, geeft deze massage slechts een tijdelijke verlichting van de klachten en kan leiden tot een psychische fixatie aan deze vorm van therapie, waarbij men de betekenis van de intermenselijke relatie tussen patiënt en therapeut niet moet onderschatten. In sommige gevallen zal ook het directe huidcontact tussen masseur en patiënt alleen al een therapeutisch effect hebben.

De therapieën die in het Fysiotherapeutenbesluit (1977) worden samengevat als 'fysische therapie in engere zin' kunnen eveneens verlichting geven bij lage rugklachten. Voor de fysische therapie geldt hetzelfde als voor de massage: het is een aanvulling op de oefentherapie. Ook hier kan een fixatie ontstaan, hoewel in mindere mate dan bij het masseren. De Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft dit gevaar onderkend en in 1980 werden alle behandelende artsen in kennis gebracht van een wijziging in het 'Besluit paramedische hulp en logopedie ziekenfondsverzekering' van 1974, waarbij wordt gesteld dat, indien de fysische therapie - ook wel applicatie-therapie genoemd - wordt verleend in combinatie met oefentherapie en/of massage, deze aanspraak op fysische therapie is beperkt tot ten hoogste twaalf toepassingen per totale behandeling. Voor een goede samenwerking tussen arts en fysiotherapeut moet er volgens Michels (1968) voldaan worden aan de volgende voorwaarden:

- ' Er moet inzicht bestaan in elkanders werk, mogelijkheden en grenzen.
- . Men moet een gemeenschappelijk doel nastreven.

- . Men moet zijn eigen verantwoordelijkheid kennen en respecteren.
- . Er moet waardering bestaan voor elkaars werk.
- . De materiële mogelijkheden tot samenwerking moeten aanwezig zijn.'

Naast deze ideële samenwerkingscriteria, formuleerde Leffelaar (1968) nog een aantal meer praktische richtlijnen die het contact tussen arts en fysiotherapeut zouden kunnen verbeteren, namelijk:

- ' De arts verwijst de patiënt met een gericht doel.
- . De arts geeft telefonisch zo nodig een toelichting op de opdracht.
- . De fysiotherapeut bericht de arts over de ingestelde therapie, zo nodig met een toelichting.
- . De fysiotherapeut geeft huiswerk aan de patiënt, te vervolgen door de huisarts.
- . Er moet een rapportage aan de huisarts zijn bij het einde van een bepaalde periode therapie.
- . Er moet een bezoek zijn van de huisarts aan de fysiotherapeut wanneer een patiënt van hem wordt behandeld.'

Van Gestel (1971) wijst er tenslotte op dat er drie mogelijkheden bestaan voor de arts om fysiotherapie voor te schrijven:

- . met kwalitatieve en kwantitatieve omschrijving van de gevraagde therapie. Bijvoorbeeld: massage, twee keer per week, twaalf weken lang,
- . alleen met kwalitatieve omschrijving. Bijvoorbeeld: massage,
- . met alleen de term 'fysiotherapie'.

Zo gezien kan de arts dus bepalen welke van de drie mogelijkheden zijn voorkeur heeft. Wanneer de arts de eerste of de tweede mogelijkheid kiest, is hij niet alleen verantwoordelijk voor de gestelde diagnose maar ook voor de gekozen behandelingstechniek. Persoonlijk lijkt mij de keuze van mogelijkheid drie waarbij de arts verantwoordelijk is voor de gestelde diagnose en de fysiotherapeut voor de gekozen techniek en voor de correcte uitvoering daarvan, de meest voor de hand liggende.

Naast fysiotherapie hebben ook de mensendieckmethode en de manuele therapie hun plaats bij de behandeling van de patiënten met lage rugklachten.

De wettelijke erkenning van de oefentherapie volgens Mensendieck is sedert 1972 een feit en zowel de ziekenfondsen als verschillende

ziektekostenverzekeringen vergoeden de behandeling mits door de arts voorgeschreven. Thomson (1977) omschrijft de mensendieck-methode als volgt: 'Deze methode is een oefentherapie, gericht op het ontwikkelen van een voor het individu zo gunstig mogelijke houding en beweging ... Het is een actieve oefentherapie, die alleen dán blijvende resultaten kan geven indien de oefeningen bewust worden uitgevoerd, waardoor een correctie kan worden geïntegreerd in het lichaamsschema. Zij kan zowel preventief als curatief worden toegepast.' De essentie van deze methode ligt in het gegeven dat de mensendiecktherapeut de patiënt behulpzaam zal zijn op een bewuste manier de spieren te leren gebruiken en de houding te verbeteren. Volgens Schiötz en Cyriax (1975) beschouwde Hippocrates de manipulatie - een onderdeel van de manuele therapie - als de meest effectieve methode bij de behandeling van lage rugklachten. Hoewel de uitvoering van deze manipulaties in onze tijd zijn gemodificeerd en verfijnd, is het principe van deze behandeling hetzelfde als in vroegere tijden. Het is vooral Cyriax (1947) geweest die deze therapievorm nieuw leven inblies. Kort gezegd bestaat de manipulatie uit het uitoefenen van een korte, heftige kracht - rek of duw - op het gewenste bewegingssegment van de wervelkolom. Voor het uitoefenen van deze kracht wordt de patiënt eerst in een bepaalde houding gebracht. Volgens De Vetten (1972) is manuele therapie een welomschreven deel van de geneeskunde met een eigen indicatiegebied. Manuele geneeskunde kent volgens deze auteur een verfijnde diagnostiek, een groot aantal handelingen en nauwkeurige controlemethoden. In dit indicatiegebied horen volgens De Vetten ook acute en chronische lumbalgieën en ischialgieën thuis.

Met name in de Angelsaksische literatuur wordt door verschillende huisartsen als Fisk (1970), Fisk (1971), Orpwood Price (1971), Dossetor (1975) en Sheehan (1977) melding gemaakt van spectaculaire resultaten van deze behandeling. Dat manuele therapie bij rugklachten niet als een wondertherapie moet worden beschouwd die pas wordt toegepast indien alle andere therapieën hebben gefaald, wordt duidelijk uit de woorden van Ruckelshausen (1977): 'In Verbindung mit krankengymnastischen und physikalischen Massnahmen stellt manuelle Therapie bei richtig gestellter Indikation eine wertvolle Hilfe zur Bekämpfung des Kreuzschmerzes dar.'

Vele buitenlandse orthopaedische chirurgen en huisartsen houden

zich met manipulaties van de wervelkolom bezig, in Nederland is dat echter anders. Voorzover mij bekend wordt manipulatie alleen op beperkte schaal toegepast door revalidatie-artsen en fysiotherapeuten, die daarvoor een speciale opleiding hebben gevolgd.

2.6 Hulp bij psychosociale problemen

Wanneer tijdens een consult of een visite voor lage rugklachten psychosociale problemen door de patiënt worden verwoord, is de eerste taak van de huisarts te luisteren naar de patiënt en te proberen samen met de patiënt zijn probleem voor hem herkenbaar te maken en te zoeken naar een mogelijke oplossing. Een goede gespreksvoering is in dergelijke situaties een erg belangrijk instrument.

In vele gevallen zal het nodig zijn de leefwijze van de patiënt onder de loep te nemen en soms zal de huisarts informatie moeten inwinnen bij bijvoorbeeld de andere gezinsleden, een personeelschef of een bedrijfsarts om het beeld van de hulpvrager te completeren.

De hulpverlening bij psychosociale problemen staat of valt bij de wil van de patiënt zich te laten helpen. Is die wil er niet dan is iedere behandeling gedoemd te mislukken. Wanneer een patiënt met rugklachten zijn huisarts bezoekt en wanneer uit het gesprek blijkt dat achter deze klachten psychosociale problemen schuilen, betekent dit niet dat de huisarts in alle gevallen ook de enige 'behandelaar' blijft. Soms zal het voldoende zijn als hij de patiënt alleen maar aanhoort en laat 'spuien' omdat dit uitpraten alleen al een 'catharsis' kan zijn. Soms zal de huisdokter kunnen volstaan met het geven van enkele adviezen over de dagindeling, de sportbeoefening, het houden van rustperiodes, enzovoort. In andere gevallen zal de problematiek zo complex zijn dat de huisarts de nodige deskundigheid mist om de patiënt te kunnen helpen. In die gevallen heeft de huisarts vooral een belangrijke 'signaalfunctie' omdat de patiënt hem via zijn lichamelijke klacht een opening heeft geboden voor een verdere exploratie van aanwezige psychosociale problemen. Een verwijzing naar een maatschappelijk werker of psycholoog kan dan worden overwogen omdat die dan beter in staat zijn de patiënt te helpen. Regelmatig overleg tussen huisarts en maatschappelijk werker of psycholoog lijkt me in deze gevallen een belangrijke voorwaarde voor een goede hulpverlening.

Hoe paradoxaal het mag lijken: ook de fysiotherapeut kan door zijn behandeling een belangrijke bijdrage leveren aan het signaleren van psychosociale problematiek bij de patiënt. Veel patiënten komen tijdens deze behandeling tot allerlei vertrouwelijke mededelingen. Zo bleek uit onderzoek van Buyten e.a. (1977) dat bij vele patiënten het bestaan van psychosociale problematiek eerst duidelijk werd in de relatie tussen patiënt en fysiotherapeut. Waarschijnlijk speelt hierbij naast het lichamelijk contact ook de relatief lange behandelingsduur van deze vorm van therapie een belangrijke rol. Werkbesprekingen tussen huisarts en fysiotherapeut kunnen er dan ook toe bijdragen dat naast aandacht aan strikt somatische zaken, aandacht wordt besteed aan de psychosociale problemen van de patiënt.

Als de huisarts contact heeft met een andere hulpverlener over een patiënt, dient het vanzelfsprekend te zijn, dat deze patiënt volledig in de uitwisseling van de gegevens over zijn persoonlijke omstandigheden wordt gekend.

Een verwijzing van de patiënt met lage rugklachten naar de psychiater komt veel minder vaak voor. Weijel (1973) zegt: 'De lage rugpijn-patiënt is in principe geen psychiatrische patiënt en verwijzing kan in het algemeen vermeden worden.'

2.7 Alternatieve geneeswijzen

Lang niet altijd is de traditionele, gevestigde geneeskunde in staat een oplossing te bieden voor de ziekten waaraan de mens lijdt. Dit falen is door de eeuwen heen een prikkel geweest om naar andere vormen van hulp te zoeken. Medici en niet-medici zochten - en zoeken - hun toevlucht bij allerlei vaak niet officieel erkende geneeswijzen. Er wordt van deze zogenaamde 'alternatieve geneeswijzen' zoveel gebruik gemaakt dat elke huisarts in zijn praktijk op een gegeven moment wel met deze therapievorm wordt geconfronteerd.

Hoe groot de rol is die alternatieve geneeswijzen spelen, werd aangetoond door Bakker (1969) die concludeerde dat per jaar per huisartspraktijk 24 patiënten een bezoek brengen aan een onbevoegd genezer. Van Dijk (1977) schat aan de hand van een uitgebreid interviewonderzoek dat er in ons land per jaar vijf miljoen contacten bestaan tussen patiënten en genezers buiten de officiële geneeskunde; dat is meer dan 8% van het aantal contacten dat de huisarts per jaar met patiënten heeft.

Veel van deze geneeswijzen richten zich op de pijnbestrijding. In de ogen van een patiënt die pijn heeft, is de therapie dan ook geslaagd zodra de pijn minder wordt of zelfs verdwijnt. Het resultaat van de behandeling is echter moeilijk objectief meetbaar. Hoe blijvend is bijvoorbeeld het effect van een dergelijke behandeling wanneer er psychosociale factoren in het geding zijn?

Hoe groot het aantal geneeswijzen buiten het terrein van de officiële geneeskunde bij rugklachten is, werd duidelijk toen ik onder de rubrieken 'rugklachten', 'ischialgie' en 'lumbago' in het boek 'Geneeswijzen in Nederland' van Van Dijk (1976) de volgende behandelingen vond: acupunctuur, Alexander technique, auriculotherapie, autogene training, bindweefselmassage, chiropractie, galvanotherapie, hydrotherapie/balneotherapie, manuele therapie, manuele therapie systeem Sickesz, medische astrologie, natuurgeneeskunde, neuraaltherapie, 'sjiatsoe' en de wichelroedeloperstherapie.

Wanneer een patiënt zijn huisarts meedeelt dat hij elders hulp gezocht heeft of wil zoeken, heeft het geen zin die behandeling zonder meer af te wijzen, want hoogstwaarschijnlijk liep de patiënt al geruime tijd met deze plannen rond, voordat hij erover durfde te praten. Hij is er waarschijnlijk ook niet zomaar vanaf te brengen. Het komt erop aan de patiënt naar beste kunnen te wijzen op mogelijke risico's van dergelijke therapieën, hem te adviseren naar 'vertrouwde' adressen te gaan en hem vooral duidelijk te maken dat hij te allen tijde met zijn klachten terug kan komen. Van belang is een goede en volledige screening op een mogelijke somatische oorzaak voordat de patiënt wordt doorverwezen, casu quo geholpen, bij het zoeken naar een alternatieve genezer.

2.8 *Preventie*

De aanwezigheid van een goed spiermanchet rond de buik- en borstholte is voor de draagkracht van de wervelkolom uiterst belangrijk. Maar hoe vaak worden we niet geconfronteerd met mensen van wie dit spierstelsel onvoldoende getraind is om een goede houding te garanderen? Is het dan verbazingwekkend dat rugklachten zo vaak voorkomen? Verwaarlozing van het spierapparaat doordat men langdurig zittend werk verricht, door het gebruik van de auto, door

eenzijdig gerichte werkzaamheden, slechte, inactieve vrije-tijdsbesteding - bijvoorbeeld televisiekijken - werkt dit in de hand.

Wanneer mensen er toe gebracht kunnen worden zich een beetje in te spannen voor een betere conditie van de buik- en de rugspieren, zouden er al veel klachten kunnen worden voorkomen. Het is van groot belang dat in fabrieken en kantoren aandacht wordt besteed aan een adequate werkhouding onder andere door middel van een op het individu afgestelde hoogte van de werkbank, de vorm en de hoogte van de stoel en vele andere door de ergonomie ontwikkelde werkaanpassingen. Met name hebben Van Wely (1972) en Zuidema (1972) hierover in ons land aanbevelingen gedaan. Ook het inlassen van korte gymnastiekpauzes tijdens de werktijd waarin onder leiding enkele rug- en buikspierversterkende oefeningen worden uitgevoerd, kunnen hun nut bewijzen. Met name in de Scandinavische landen zijn zeer goede ervaringen opgedaan met deze gymnastiekpauzes. In Finland bijvoorbeeld bestaan zo'n 400 'rugscholen', die door de bedrijven worden geëxploiteerd; onder deskundige leiding kunnen de werknemers in een fabriek op vrijwillige basis tijdens de uren deelnemen aan de oefeningen. De deelname aan deze gymnastische activiteit is groot (Gisolf 1980). Onderzoek naar de effectiviteit van deze 'rugscholen' toonde aan dat het ziekteverzuim door rugklachten afnam (Bergquist-Ullman en Larsson 1977). Het oordeel van de deelnemers was gunstig: 75% van hen stond er positief tegenover (Lidström en Zachrisson 1973). Het zal duidelijk zijn dat een dergelijk preventief beleid een veel groter effect oplevert wanneer dat ook in de huishouding, op de scholen, in de collegezalen, kortom op eigenlijk alle plaatsen waar de mens leeft en werkt, wordt toegepast.

De preventie van lage rugklachten is te bereiken door al op jonge leeftijd de mensen bewust te maken van het belang van het opbouwen van een krachtige musculatuur. Eigenlijk moet hiermee op school al begonnen worden. Het belang van dergelijke maatregelen wordt duidelijk geïllustreerd door de woorden van Stricker (1967): 'Het onderwijs vult bij onze kinderen wel het hoofd met kennis, doch het verwaarloost in gevaarlijke mate het gebruik en de kracht van de stellage waarop dit hoofd moet rusten.' Ook het beoefenen van sport waarbij niet alleen op de prestaties maar ook op de lichaamshouding wordt gelet, is belangrijk.

Verder kan het voorkomen van 'refrigeratio insensibilis' - afkoeling na transpireren - die bijvoorbeeld ontstaat door bij warm weer bezweet op de tocht te zitten, preventief werken. Het gebruik van kunststof ondergoed dient te worden vermeden omdat door deze kleding geen opname kan plaatsvinden van transpiratievocht, waardoor een verdamping optreedt met tot gevolg afkoeling en spier spasmen.

Dat ook bepaalde houdingen in het dagelijks leven een belangrijke invloed kunnen uitoefenen op het voorkomen van rugklachten werd beschreven door Harry Fahrni (1975). Deze auteur onderzocht mensen in India die de gewoonte hadden op de grond te slapen en op de hielen te zitten en hij kwam tot de ontdekking dat lage rugpijn bij deze mensen niet voorkwam.

Natuurlijk is het geen oplossing alle Nederlanders dan maar deze levenswijze aan te bevelen ter voorkoming van rugklachten. Maar andere mogelijkheden om aandacht te schenken aan een goede houding en het in conditie houden van de musculatuur zijn er te over. Op pagina 85 (zie 'Houdingsadviezen') werd reeds een aantal boekjes en folders met nuttige wenken genoemd, die niet alleen ter genezing maar ook ter voorkoming van rugklachten zouden kunnen worden gebruikt.

5 HET VOORKOMEN VAN LAGE RUGKLACHTEN

5.1 HET VOORKOMEN VAN LAGE RUGKLACHTEN IN DE BEVOLKING

Lage rugklachten hebben een belangrijk aandeel in het morbiditeitspatroon van de Westerse geïndustrialiseerde wereld. Rugpijn is één van de meest voorkomende kwalen van de moderne mens (Hoek 1979).

Van der Heide (1959) deed een geneeskundig onderzoek bij 3091 gezonde mannelijke en vrouwelijke gemeente-ambtenaren en hun echtgenoten. In zijn onderzoek werden alleen 40 tot 65 jarigen betrokken. Pijn laag in de rug kwam zeer veel voor: 27.3% van de mannen en 37.1% van de vrouwen zeiden deze klacht te hebben. Een onderzoek dat vijftien jaar later in Zoetermeer werd verricht, (Haanen e.a. 1977) gaf vrijwel dezelfde uitkomsten. De auteurs ondervroegen 2400 mannen en vrouwen in de leeftijd van 20-65 jaar. Op de vraag of zij op het moment van de ondervraging last hadden van lage rugklachten, gaven 24% van de mannen en 32% van de vrouwen een bevestigend antwoord. In beide geslachten was er een lichte toename te bespeuren met de leeftijd tot aan het zestigste jaar. Daarna nam de prevalentie - totaal aantal ziektegevallen in een bepaalde periode (per 1000 zielen) - bij de mannen af, maar bleef constant bij de vrouwen. Meer dan de helft van de ondervraagden had ooit in het leven een periode van lage rugpijn gehad en meer dan 80% van hen had dit meer dan eens gehad.

Wagenhäuser (1969) vond bij onderzoek van een dorpsbevolking dat in 67% der gevallen klachten werden aangegeven met betrekking tot de rug. Hirsch e.a. (1969) interviewden een groot aantal vrouwen in de leeftijd van 15 tot 71 jaar. Deze groep geïnterviewden vormde een representatieve steekproef van de Zweedse vrouwelijke populatie. Ongeacht de leeftijd gaf bijna de helft van hen aan dat zij lage rugklachten hadden of gehad hadden. Nagi e.a. (1973) deden in de Verenigde Staten een vergelijkbaar onderzoek bij mensen in de leeftijd van 18 tot 64 jaar. De vraag 'Heeft U vaak pijn in de rug' beantwoordde 18% bevestigend. In Denemarken deed Pedersen (1975) een onderzoek bij gezonde fabrieksarbeiders. Hierbij bleek dat 60%

van de ondervraagden wel eens rugpijn had; 21% van de vrouwen en 37% van de mannen was in verband met deze klacht wel eens thuisgebleven.

Verschillende onderzoekers kwamen onafhankelijk van elkaar tot de conclusie dat 80% van alle mensen in hun leven wel eens last van rugpijn heeft (Hult 1954, Horal 1969, Nachemson 1976). Dat rugklachten ook op jonge leeftijd bepaald niet zeldzaam zijn, werd aangetoond door Geiser (1972) die 511 reeds goedgekeurde recruten aan een heronderzoek onderwierp. Van deze jongens gaf 17% aan rugklachten te hebben en 4.5% moest al na enkele weken wegens deze klachten de militaire dienst verlaten.

5.2 HET VOORKOMEN VAN LAGE RUGKLACHTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK

Door J. en E. Horder (1954) werd aangetoond dat de huisarts slechts een klein deel van de totaal in een populatie aanwezige morbiditeit onder ogen krijgt. Gezien de hoge prevalentie van lage rugpijn in de bevolking zal dit ongetwijfeld ook voor deze klacht gelden, vooral omdat van lage rugpijn geen enkele vitale bedreiging uitgaat. De pijn wordt door de lijder meer als lastig, dan als gevaarlijk ervaren.

Folmer (1968) baseerde zijn studie op een gelijktijdig onderzoek naar de gepresenteerde - dat wil zeggen de aan de arts bekende - morbiditeit en de niet-gepresenteerde of te wel de 'verborgen' morbiditeit. In navolging van Last (1963) spreekt hij in dit kader over de 'ijsberg van de morbiditeit'. Uit het onderzoek van Folmer, dat werd verricht in een dun bevolkt kustdistrict in Noord-Noorwegen, kwam naar voren dat een relatief klein gedeelte - namelijk ongeveer 20% - van de mensen die in de vragenlijst aangaven rugpijn te hebben, hiervoor hun huisarts in het jaar van onderzoek ook raadpleegde. In analogie van echte ijsbergen zou men dus kunnen zeggen dat een groot deel van de lage rugpijn 'onder water' blijft.

Uit gegevens van een Nederlands morbiditeitsonderzoek blijkt dat in 1967 de huisarts per 1000 ingeschreven patiënten 35 patiënten met rugpijn zag, die hem hiervoor honderdmaal consulteerden. Mannen zagen hun huisarts voor deze klacht iets vaker dan vrouwen (Oliemans 1969a).

Uit de Continue Morbiditeitsregistratie Nijmegen - 11.000 patiënten, vier praktijken, registratie over zeven aaneengesloten jaren

(1971-1977) - blijkt dat per jaar 24 mannen en 15 vrouwen in hun werkzame leven voor 'nieuwe' rugpijn werden gezien. Deze aantallen werden berekend door de verschillende 'ziektebeelden' - ischialgie, lumbago, hernia nucleii pulposi en rugpijn zonder duidelijke afwijkingen - bij elkaar op te tellen. Daarbij is echter de groep 'myalgieën' niet meegeteld. Hierbij zullen zeker ook nog gevallen van lage rugpijn voorkomen. Het is dus zeer waarschijnlijk dat het aantal patiënten met lage rugpijn hoger ligt dan uit de registratie blijkt.

In Engeland werden in 1955 en in 1970 twee grote morbiditeitsonderzoeken door huisartsen verricht. Deze twee studies zijn qua opzet goed vergelijkbaar. Uit het eerste onderzoek kwam naar voren dat 21.4 nieuwe rugpijnpatiënten per 1000 zielen contact hadden met de huisarts (Logan en Cushion 1958). In 1970 bleek het aantal nieuwe rugpijnlijders te zijn opgelopen tot 27.8 per 1000 (Morbidity Statistics from General Practice 1974).

In kleiner verband zijn er verscheidene huisartsen geweest die, meestal door onderzoek in de eigen praktijk, getracht hebben prevalentiecijfers voor lage rugklachten te geven. Hoewel de uitkomsten van deze onderzoeken aanzienlijke verschillen vertonen, mede veroorzaakt doordat vrijwel elke onderzoeker een eigen morbiditeitsclassificatie gebruikte, geven ze wel degelijk een indruk hoe frequent lage rugklachten leiden tot een doktersconsult.

In chronologische volgorde zijn te noemen:

- | | |
|---------------------------------|---|
| . Dillane e.a. (1966) | 24.3 voor mannen en 20.3 voor vrouwen. |
| . Ward e.a. (1968) | 22.8 voor mannen en 15.3 voor vrouwen. |
| . Partridge en Knox (1969) | 16.2 voor mannen en 10.7 voor vrouwen. |
| . Fry (1975) | 25 voor mannen en vrouwen gezamenlijk. |
| . Lamberts (1975a) | voor mannen en vrouwen samen: 35 voor low back pain exclusief spondylosis lumbalis en 19 voor spondylosis lumbalis. |
| . Oliemans en Van de Ven (1975) | 46 voor mannen en 47 voor vrouwen. |

- . Hodgkin (1978) 17.7-36.4 voor mannen en vrouwen, doch alleen betrekking hebbend op hernia nucleii pulposi.
- . Lamberts (1980) gedurende een half jaar konden in een groepspraktijk bij 10.400 patiënten de volgende cijfers worden gevonden:
 voor de klacht 'backpain without radiating symptoms': mannen 121, vrouwen 169
 voor de klacht: 'backpain with radiating symptoms': mannen 72 en vrouwen 109.

Een vrij ruwe maat voor de beleving van een klacht is de 'consultation-rate', het aantal consulten per 1000 personen in een bepaalde periode. Oliemans (1969a) vond voor lage rugpijn een 'consultation-rate' van 98.9. Walford (1962) vond de volgende 'patients consulting rates' (het aantal eerste consulten per 1000 personen in een bepaalde periode):

voor lumbago 9.4,
 voor 'displacement of intervertebral discs' 5.0,
 voor 'pain in back' 3.5,
 voor 'sciatica' 3.5,
 en voor spondylitis ankylopoëtica 0.2.

Ook een maat voor de grootte van een probleem is de plaats die een bepaalde klacht in de huisartspraktijk inneemt. Zo kwam in het onderzoek van Van der Wielen (1960) 'pijn in de rug' op een derde plaats na 'hoesten' en 'hoofdpijn'. Bij Folmer (1968) kwam lage rugpijn op een vierde plaats na 'hoesten', 'koorts' en 'pijn op de borst'. Uit een studie van Vander Velden (1973) bleek dat in een onderzoek-populatie van 538 huisvrouwen in de leeftijd van 20-55 jaar rugpijn - geclassificeerd volgens de zogenaamde E-lijst - op de achtste plaats kwam. Bij hun echtgenoten kwam rugpijn op de zevende plaats. In Engeland vond Gilchrist (1976) dat van alle consulten bij de huisarts er één op de 40 te maken had met rugpijn.

Hoewel exacte cijfers over het verwijzingspercentage van patiënten

met lage rugpijn niet bekend zijn, geven toch enkele huisartsen voorzichtige schattingen. Benn en Wood (1975) zeggen dat van alle rugpijnpatiënten één op de 2,3 op een polikliniek terecht komt; één op de 30 wordt opgenomen en één op de 200 wordt geopereerd aan een tussenwervelschijf. Barker (1977) schat dat ongeveer 10% der rugpijnpatiënten wordt verwezen. We kunnen deze uitkomsten echter niet zonder meer toepassen op de Nederlandse situatie omdat de structuur van de gezondheidszorg in de Angelsaksische landen anders is dan in Nederland.

In eigen land vonden Van Es en Pijlman (1970) dat 21% van de lijdens aan lage rugpijn werden verwezen naar een specialist; in het onderzoek van Oliemans (1979) werd slechts voor 6% de hulp van een specialist ingeroepen.

Hoewel dus verreweg de meeste patiënten met lage rugklachten onder de zorg van de eigen huisarts blijven, worden deze patiënten toch ook veel gezien op de spreekuren van specialisten. De orthopaedisch chirurg Ten Kate (1967) vond een sterke toename van het ziektebeeld 'lage rugpijn'; 36% van de poliklinische patiënten in 1965 kwam voor lage rugpijn. Twintig jaar tevoren was dat nog geen 10%. San Giorgi (1970) zei: 'De rugklachten vormen voor de orthopeed een groot deel van zijn dagelijkse praktijk' en Blokzijl (1979): 'Op de spreekuren van orthopaedisch chirurgen en neurologen vormen de patiënten met pijn laag in de rug vaak de meerderheid.'

Ook niet 'rug'-specialisten worden blijkbaar vaak geconfronteerd met de klacht lage rugpijn. Zo verklaarde de gynaecoloog Schleyer-Saunders (1966): 'Among my own patients, seen either in hospital or in private practice, two out of every three women suffer from backache either as the sole complaint or in connexion with gynaecological disorders.'

5.3 DE SOCIAALECONOMISCHE GEVOLGEN

De laatste tijd worden we via de pers regelmatig geïnformeerd over de schrikbarende stijging van het aantal arbeidsongeschikten.

'Bij ongewijzigd beleid zal ons land in het jaar 2000 ongeveer een miljoen arbeidsongeschikten tellen', aldus een medewerker bij de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (Nieuwsblad van het Noorden 1980). 'Uit de sociale meerjarenramingen 1980 van het

Ministerie van Sociale Zaken blijkt dat de uitgaven van de sociale verzekeringen zich van 67 miljard gulden in 1979 zullen ontwikkelen tot 92 miljard gulden in 1983. Uitbetalingen ten gevolge van ziekten, ziektekosten en invaliditeit eisen ruim de helft van de totale uitkeringen op' (NRC-Handelsblad 1979).

Het Jaarverslag der Gemeenschappelijke Medische Dienst van 1978 geeft aan dat er van alle 101.445 adviezen 'einde wachttijd' 25.891 of ongeveer 25% betrekking hadden op mensen met ziekten van de bewegingsorganen. Uit tabellen van dit jaarverslag, waarbij de relatieve frequenties van de verschillende diagnosegroepen over de periode 1970-1978 werden uitgezet, komt naar voren dat de groep 'ziekten der bewegingsorganen' in de loop der jaren toenam.

Uit een onderzoek van Ruinen (1974) bleek dat in de jaren 1969 en 1970 tezamen niet minder dan 12.700 adviesaanvragen, die uitsluitend aandoeningen en klachten betroffen over de 'lumbale streek', de Gemeenschappelijke Medische Dienst bereikten. Ook Timmer (1979) laat met enkele cijfers zien hoe groot het 'rugprobleem' is op het totaal van de WAO/AAW-trekkers. In 1971 was het percentage van de mensen met rugafwijkingen en/of klachten nog 9.5% van het totaal aantal nieuwe WAO/AAW-ers; in 1975 was dit percentage al gestegen tot 11.6%.

Eeftinck Schattenkerk (1969) geeft in een statistiek betreffende het ziekteverzuim door lage rugpijn aan dat het gaat om vele tienduizenden ziektedagen per jaar. In zijn grafieken zien we dat 'lumbago, lumbalgie zonder röntgenonderzoek of zonder röntgenologische afwijkingen' in de groep rugpijnlijders die van hun werk verzuimden, verreweg het meest voorkomt.

Eeftinck Schattenkerk en Gerrits (1971) vermelden nog een onderzoek, waaraan alle verzekeringsgeneeskundigen van het Gemeenschappelijk Administratie Kantoor meewerkten en dat tot doel had een beeld te geven van het ziekteverzuim speciaal ten gevolge van lage rugpijn. Dit onderzoek ving aan op 1 januari 1967 en werd ruim twee jaar voortgezet. In deze periode werden 38.795 ziektegevallen gecodeerd onder de speciale groep 'lage rugpijn'. Dit aantal bedroeg 3.82% van het totaal aantal gevallen waarbij in 1967 uitkering werd gegeven. De groep had een gemiddeld verzuim van 38.2 dagen; de uitkeringen liepen over 1.060.000 dagen.

Doeleman (1973) berekende dat 10.6% van alle uitkeringen in 1963

in het kader van de ziektewet, berustte op verzuim ten gevolge van ziekten van de bewegingsorganen; 40% hiervan werd veroorzaakt door lage rugpijn.

Ook uit onderzoek verricht in andere landen (Hult 1954, Partridge en Knox 1969, Wagenhäuser 1969, Helander 1973, Wood en McLeish 1974, Benn en Wood 1975, Anderson 1976) komt naar voren dat het arbeidsverzuim ten gevolge van lage rugpijn zeer groot is.

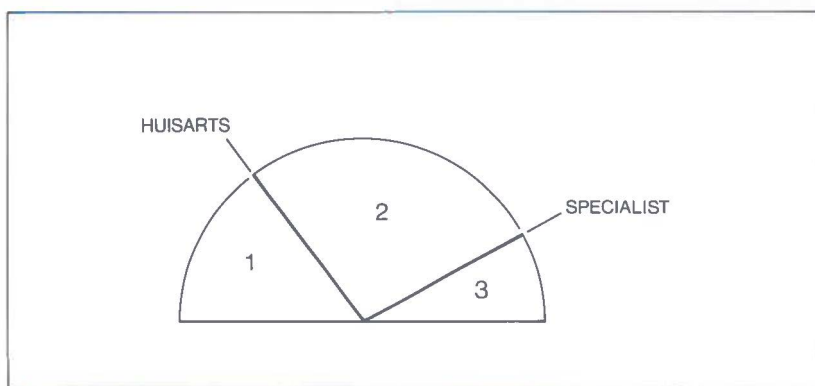
In ons land is rugpijn binnen de bedrijfsgeneeskunde ook onderwerp van studie geweest. Hoek (1972) toonde in een groot landelijk bedrijf, met zowel binnen- als buitendienstpersoneel, aan dat 12 à 13% van de manlijke personeelsleden in de loop van tien jaar minstens éénmaal wegens rugklachten één of meer dagen verzuimde. Opvallend was daarbij dat bij het buitendienstpersoneel ouder dan 50 jaar de verzuimduur veel langer was dan bij de overeenkomstige groep in de binnendienst, en dat het werkverzuim tengevolge van rugklachten onder het gehele personeel ten opzichte van tien jaar tevoren was verdubbeld. Een studie van Zuidema (1973) betrof alle mannen die wegens lage rugklachten de spreekuren bezochten van de bedrijfsartsen van Philips Eindhoven. In een periode van acht weken consulteerde van een populatie van ruim 26.000 werknemers bijna 5% de bedrijfsarts; ongeveer 18% van deze spreekuurbezoekers kwam met rugproblemen.

6 LITERATUUR VAN HUISARTSEN OVER LAGE RUG- KLACHTEN

1 Inleiding

Wulff (1976, 1980) wijst erop dat verreweg de meeste ziekten een bepaald 'klinisch spectrum' vertonen.

Een ziekte als coronairsclerose bijvoorbeeld heeft een 'klinisch spectrum' zoals aangegeven in figuur 8.



Figuur 8 Het 'klinisch spectrum' van coronairsclerose (uit Wulff 1980)

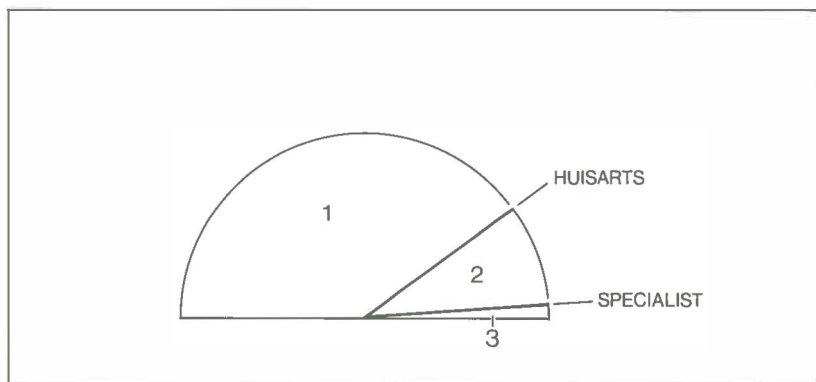
- 1 niet-iatrotope gevallen
- 2 iatrotope gevallen die door de huisarts worden gezien
- 3 iatrotope gevallen die door de specialist worden gezien

Dit spectrum omvat drie soorten patiënten:

- niet-iatrotope gevallen, dat wil zeggen, personen die geen medisch advies vragen, hetzij omdat zij geen klachten hebben of omdat de ernst van de klachten de 'drempel van de iatrotopie' nog niet heeft overschreden.
- iatrotope gevallen die door de huisarts worden gezien.
- iatrotope gevallen die door de specialist worden gezien.

Uiteraard hangt het van de soort en de ernst van de ziekte of klacht af waar precies de 'huisartsdrempel' en de 'specialistdrempel' zullen liggen. Zo zal lage rugpijn een 'klinisch spectrum' hebben waar beide

drempels op de halve cirkelboog een andere plaats innemen en verder zal het aantal niet-iatrotope gevallen bij deze klacht naar alle waarschijnlijkheid een belangrijk deel van dit spectrum voor zich opeisen omdat lage rugpijn door veel mensen als niet ernstig wordt ervaren (figuur 9).



Figuur 9 Het 'klinisch spectrum' van lage rugpijn

- 1 mensen die voor deze klacht geen arts consulteren
- 2 mensen die door de huisarts worden gezien
- 3 mensen die door de specialist worden gezien

Hoe dan ook, de patiëntengroepen die door de huisartsen en door de specialisten worden gezien, zijn niet vergelijkbaar; er zijn soms erg grote verschillen.

De Engelse huisarts Mackenzie (1919) wees reeds op de belangrijke rol die de eerste-lijnsarts kan innemen in het wetenschappelijk onderzoek over bepaalde klachten en ziekten: 'If then, to achieve the aim of medicine, it is necessary to recognise disease, and understand all the phases of its life history, it is evident that only one class of individual has the opportunity for acquiring this knowledge, and he is the general practitioner. His opportunities, as the family physician, enable him to become acquainted with the lives of a number of people, through seeing them before disease attacks them, and watching them during the whole course of its development. He has also the opportunity of observing all kinds of diseases, and the interplay of primary and super-added diseases. He is the only individual

who has the opportunity for finding out the significance of the various signs, a knowledge which is absolutely essential to the investigation of disease, as well as to the rational practice of medicine. His opportunities give him a far wider outlook upon disease than any other members of the profession, however experienced in special branches. The need for someone with a broad outlook is imperative, as the modern tendency towards specialisation restricts all investigators and teachers to a narrow sphere of experience.'

Ongeveer 60 jaar later geeft ook Wulff (1976, 1980) aan dat de klinische geneeskunde van vandaag behoefte heeft aan wetenschappelijk onderzoek vanuit de huisartspraktijk omdat het noodzakelijk is informatie te verkrijgen over beginstadia van ziekten en over klachten, die zelden of nooit door een specialist worden gezien. Dat dergelijk onderzoek nog weinig is gebeurd, heeft volgens deze Deense klinicus verstrekkende consequenties, namelijk:

- Medische leerboeken en publikaties in geneeskundige tijdschriften worden in verreweg de meeste gevallen geschreven door specialisten.
- Huisartsen worden zo gedwongen hun beslissingen op medisch gebied óf te baseren op hun eigen ongecontroleerde ervaring óf op de kennis die hun op grond van de bestudering van ziekenhuisgevallen door specialisten wordt voorgehouden.

Ook in de literatuur over 'de rug' zien we dat vrijwel alles wat over rugklachten in de medische pers staat, geschreven is door orthopaedische chirurgen, neurologen, neurochirurgen, reumatologen, revalidatie-artsen en psychiaters, ondanks het feit dat de meeste rugpijnpatiënten zonder tussenkomst van een specialist door huisartsen behandeld worden.

Slechts enkele huisartsen hebben over lage rugklachten gepubliceerd. In dit hoofdstuk zal een overzicht gegeven worden van enkele onderzoeken over rugpijn die door huisartsen zijn verricht.

2 Publikaties van Nederlandse huisartsen

Van Meurs (1968) verzamelde de gegevens van 100 patiënten met lage rugklachten. Het betrof een praktijk in het centrum van een grote stad. De gegevens waren afkomstig van de 'werkkaarten' zoals die dagelijks door hem werden gebruikt.

Bij het lichamelijk onderzoek werden de volgende 'afwijkingen' gevonden: kyfo-scoliose, bocheltje, torsie, knik, verstreken lordose (28 patiënten), spasmen van spieren (17 patiënten), abnormale beharing op het sacrale gebied (1 patiënt) en neurologische afwijkingen, zoals Lasègue positief, Bragard positief, reflexuitval en sensibele stoornissen (30 patiënten).

In totaal werden bij 26 patiënten verschijnselen gevonden van 'psychische labiliteit'. De auteur stelt: 'Rugklachten hangen meer samen met asthenie, nervositas, angstneurose, debiliteit en psychopathie dan met 'endogene' psychosen, hysterie of dwangziekten.'

Verder werd nagegaan hoe vaak de patiënt met zijn rugklachten terugkwam. 27 Patiënten bleken drie en een half jaar geen recidief te hebben; één patiënt had permanent pijn. Verder hadden 13 patiënten één recidief; 11 patiënten twee keer een recidief; 5 patiënten drie keer en 5 patiënten vier keer.

Uit diagnostische overwegingen werden bij 20 patiënten röntgenfoto's gemaakt, terwijl 17 patiënten naar een orthopaedisch chirurg, een neuroloog of een neurochirurg werden verwezen.

De conclusie van Van Meurs luidt: 'Alle rugpijn is geen hernia. De meeste rugpijn - ongeveer 80% - kan door de huisarts afbehandeld worden. De meeste rugpijnen zijn wel te dragen. Verlammingen aan beenspieren of sphincters vormen een absolute operatie indicatie.'

Oliemans (1968, 1969a) verkreeg gegevens over het voorkomen van rugpijn door middel van:

- een continue morbiditeitsregistratie gedurende één jaar in vier praktijken in Nederland met gezamenlijk 18.500 patiënten,
- een morbiditeitsregistratie van één week per kwartaal gedurende één jaar bij 52 huisartsen, verspreid over Nederland, met een gezamenlijke praktijkbevolking van 150.000 patiënten.

Tabel 1 Voorkomen van lage rugpijn in de huisartspraktijk, uitgedrukt per 1000 personen van de desbetreffende leeftijds- en geslachtsgroep in één jaar (onderzocht in vier praktijken met gezamenlijk 18.500 patiënten).						
Leeftijd (jaren):	prevalentie				Totaal	Gemiddeld
	0 tot 14	15 tot 44	45 tot 64	65 en ouder		
Man	1,6	43,4	60,8	29,2	32,7	35,0
Vrouw	2,8	43,4	75,7	25,4	37,3	

Tabel 2		Aantal consulten voor lage rugpijn in de huisartspraktijk, uitgedrukt per 1000 personen van de desbetreffende leeftijds- en geslachtsgroepen in één jaar (onderzocht in een intermitterend onderzoek door 52 huisartsen met gezamenlijk 150.000 patiënten).				
		'consultation-rate'				
Leeftijd (jaren):	0 tot 14	15 tot 44	45 tot 64	65 en ouder	Totaal	Gemiddeld
Man	2,2	156,9	223,5	46,3	107,7	98,9
Vrouw	9,1	122,1	148,2	115,3	93,3	

Globaal kan gezegd worden dat 'de Nederlandse huisarts' per jaar per 1000 patiënten 35 patiënten met rugklachten zag, die hem hiervoor honderdmaal consulteerden. Dit betekende ongeveer drie consulten per 'rug'.

De totale prevalentie in het onderzoekjaar 1967 bedroeg 1663 en de 'consultation-rate' (ook wel genoemd consultatiecijfer) 4176. Met andere woorden: in dat jaar zag de huisarts per 1000 patiënten 1663 ziekten met 4176 verrichtingen. Onder deze 1663 aandoeningen waren 35 gevallen van rugpijn, hetgeen neerkomt op ongeveer 2% van de totale morbiditeit die de huisarts onder ogen krijgt.

Dit onderzoek bevat geen gegevens over het verwijzingspercentage. Wel zegt de onderzoeker: 'Het grootste aantal van de 'rugpatiënten' blijft onder behandeling van de huisarts.'

Ruim tien jaar later vermeldt Oliemans (1979) de gegevens verkregen uit een inventariserend onderzoek. Twaalf huisartsen en drie arts-assistenten verzamelden gegevens van patiënten met lage rugpijn. In totaal werden zo 143 patiënten geregistreerd, 92 mannen en 51 vrouwen.

In de jongere leeftijdsgroepen kwam meer rugpijn voor, bij 6% der patiënten werd een specialist ingeschakeld, bij 31% vond een verwijzing naar een fysiotherapeut plaats terwijl bij 42% röntgenfoto's werden gemaakt.

Er bleken grote verschillen te zijn in de duur van de arbeidsongeschiktheid: 61% bleef volledig valide; 21% was één week uitgeschakeld en 18% was langer dan één week arbeidsongeschikt.

Tenslotte kwam uit dit onderzoek naar voren dat de rugpatiënt meestal maar één of twee keer voor deze kwaal door zijn huisarts werd gezien: 28% had twee en 21% meer dan twee contacten met zijn huisarts.

Resumerend stelt Oliemans dat '...de meeste patiënten met lage rugpijn na een één- à tweemaalig contact met hun huisarts in deze periode 'genezen'; de rugpijn was meestal niet ernstig en gaf weinig aanleiding tot invaliditeit.'

De artikelen van Van der Leeuw (1961) en Huygen (1976) zijn vooral belangrijk omdat er gewaarschuwd wordt voor het verwijzen van patiënten met lage rugklachten, waarvan de oorzaak gezocht moet worden in psychosociale stress, naar 'somatische' specialisten. Beide auteurs verduidelijken dit door een ziektegeschiedenis waarbij het pas na enkele verwijzingen duidelijk werd dat de specialist geen oplossing kon bieden voor de moeilijkheden waarmee de patiënt te kampen had. Belangrijk lijkt de opmerking van Van der Leeuw: 'Wanneer een specialist de patiënt onderzoekt, wordt er in de regel door elke specialist wel wat gevonden zodat soms de patiënt uiteindelijk een beginnende ziekte van Bechterew, een myalgie, platvoeten en een hernia van de nucleus pulposus blijkt te hebben. Dit klinkt belachelijk, maar in wezen is het een situatie die voortvloeit uit het uitgangspunt dat men in principe achter elke klacht een lichamelijke afwijking moet zoeken.'

In het ziektegeval dat Huygen beschrijft, kwamen er maar liefst dertien therapeuten aan te pas. Letterlijk zegt de auteur: 'Eenzijdige aandacht voor de somatische aspecten kan tot grote schade leiden. Dit legt een grote en soms moeilijk te effectueren verantwoordelijkheid tot intensieve begeleiding op aan de huisarts die een dergelijke verwijzing initieert.'

Bremer (1960) beschrijft de ziektegeschiedenis van een jonge pasgetrouwde vrouw met klachten over de rug:

Op advies van de orthopaedisch chirurg, naar wie patiënte was verwezen, werden massage en rugspieroefeningen voorgeschreven. Toen deze therapie niet aansloeg, begon de huisarts argwaan te krijgen. Hij kende haar immers van vroeger als iemand die hij zelden in de patiëntrol zag, nooit klachten over de rug had, ondanks veel buk- en tilwerk op de tuinderij.

In een gesprek dat de huisarts op gang bracht, bleek dat deze vrouw met haar echtgenoot nog nooit tot een normale coitus had kunnen komen doordat het bij haar man 'niet helemaal goed zat'.

Bij een onderzoek dat de huisarts daarna verrichtte, bleek deze man een ernstige phimosis te hebben, waaraan hij uiteraard door een chirurg kon worden geholpen.

Twee maanden later bleek de vrouw geen last meer van de rug te hebben.

Dit voorbeeld van een vrouw wier rugklachten verdwijnen door een operatie aan het genitaal van haar echtgenoot is kenmerkend. Bremer introduceert het begrip 'maskersymptoom': het symptoom dat wordt gebruikt als voorwendsel tot een bezoek aan de arts, wanneer de reële klachten liggen op een terrein, waarover men niet gaarne spreekt. Uit de bovenbeschreven casus blijkt ook hoe belangrijk de kennis van de voorgeschiedenis is en hoe een patiënt altijd moet worden beoordeeld tegen de achtergrond van zijn directe leefomgeving, twee zaken die bij uitstek tot het terrein van de huisarts behoren.

Oosterhuis (1978) beschrijft hoe hij eens getuige was van het massaal op onraad wegvlugten van een reeënkudde. Op deze observatie baseerde hij het vermoeden dat er in de natuur in ieder individu identieke reactiepatronen zijn ingebouwd die volgens vaste regels verlopen en een adequaat antwoord geven op stereotype situaties. Aan de hand van de casuïstiek van twee patiënten uit zijn eigen praktijk, die langdurig wisselend rugpijn en nekpijn hadden, waarvoor geen goede medisch-anatomische verklaring was gevonden, geeft de auteur aan dat er een samenhang lijkt te bestaan tussen deze klachten en veranderingen in de levensgeschiedenissen van deze patiënten. Zo hadden beide patiënten nekpijn in situaties die - naar eigen mededeling - hen ergerden. De situaties waarin de rugpijn optrad, hadden als gemeenschappelijke factor dat zij niet voor ingrijpen van de patiënt zelf toegankelijk waren, tevens dat zij onontkoombaar waren. Oosterhuis oppert de veronderstelling dat specifieke programma's voor aanval en vlucht behoren tot het biologisch arsenaal van de mens en dat blokkering van die programma's de oorzaak kan worden van bepaalde, vage klachten. Aldus geproduceerde gedragspatronen zouden typisch kunnen zijn voor bepaalde milieuconstellaties en zouden daardoor van diagnostische betekenis kunnen zijn. Oosterhuis meldt verder dat hij een pilot study is begonnen naar de mogelijke samenhang van het optreden van nekpijn en rugpijn met veranderingen in de levensomstandigheden bij patiënten in zijn praktijk.

3 Publikaties van buitenlandse huisartsen

Alleen het onderzoek dat door huisartsen zelfstandig werd verricht in

onder andere de eigen praktijk wordt hier besproken en er zal niet worden ingegaan op enkele grote morbiditeitsonderzoeken die door vele huisartsen gezamenlijk werden verricht (zoals: Logan en Cushion 1958, Walford 1962 en Morbidity Statistics from General Practice 1974).

Blair (1963) deed een retrospectief onderzoek door, over een tijdvak van anderhalf jaar, alle door hem beoordeelde en behandelde gevallen van rugpijn na te gaan: 112 patiënten - 67 vrouwen en 45 mannen - hadden de huisarts met rugpijn als klacht geconsulteerd. Naar oorzaak werden zes groepen rugklachten onderscheiden: 'acute back strain, chronic back strain, prolapsed disc, degenerative conditions of the spine, backache of uncertain aetiology - the indefinite group - , miscellaneous conditions'.

De 'indefinite group' vond de schrijver het moeilijkst te bespreken. Bij de patiënten in deze groep - 22 vrouwen - kon door anamnese en lichamelijk onderzoek geen enkele overtuigende oorzaak voor de rugpijn gevonden worden. De rugpijn was gewoonlijk van relatief korte duur. De ene dag werd geklaagd over rugpijn, een paar weken later kwamen de patiënten terug met een volledig ander symptoom zonder de rugpijn als klacht weer te noemen. Deze klachten waren nogal eens 'vaag', bijvoorbeeld hoofdpijn, zweten, duizeligheid, moeheid, misselijkheid of pijn in andere delen van het lichaam. Bij alle gevallen uit de 'indefinite group' werden aanwijzingen gevonden voor de aanwezigheid van psychische stressfactoren.

De beschrijving van de 'miscellaneous conditions' - zeven vrouwen en drie mannen - is vooral van belang vanwege enkele leerzame ziektegeschiedenissen.

Van de totaal 67 vrouwen in dit onderzoek waren er slechts twee waarvan de oorzaak van de rugpijn gezocht moest worden in een aandoening van de tractus genitalis (ovariumcyste, geïnfecteerde cervix). Er was één geval van een metastase in de wervelkolom bij een patiënte die bekend was met een inoperabel mammacarcinoom. Twee mannen uit de 'miscellaneous' groep leden aan een ulcus duodeni.

Blair onderscheidt drie soorten patiënten met rugpijn:

- '- those who will recover spontaneously
- those who are showing the effects of degenerative processes which we are so far powerless to halt, and

- those who, if they were not complaining of backache, would be complaining of something else.'

Dillane e.a. (1966) deden een prospectief onderzoek. De doelstelling van deze studie was de incidentie - het aantal nieuw opgetreden ziektegevallen in een bepaalde periode per 1000 zielen - van acute rugpijn in een huisartspraktijk te meten en na te gaan welke oorzaak aan deze klacht ten grondslag lag. Tevens werd getracht te onderzoeken of het klinische beeld invloed had op de duur van de eerste rugpijnperiode of op de neiging van de klacht te recidiveren.

De patiënten werden gedurende vier jaar gevolgd vanaf het moment van hun eerste 'aanval' van acute rugpijn. In dit onderzoek werd een 'attack of the acute backsyndrome' gedefinieerd als een plotseling ontstane lage rugpijn, waar de patiënt zo onder leed dat hij medische hulp inriep.

Het onderzoek leverde de volgende resultaten op. Per jaar bezochten 24.3 per 1000 mannen en 20.3 per 1000 vrouwen hun huisarts voor rugpijn. Enkele van hen zagen de huisarts gedurende de registratieduur van deze studie meerdere malen. In totaal werd in vier jaar 7.5% van de patiëntenpopulatie voor deze klacht gezien. In de leeftijdsgroep van 50-59 jaar waren de prevalentiecijfers, zowel bij de mannen als bij de vrouwen, ongeveer twee keer zo hoog als het gemiddelde prevalentiecijfer over de vier jaar.

Er werd geen oorzaak van de rugklachten gevonden bij 79.3% van de mannen en 88.8% van de vrouwen; in de anamnese was bij 10.9% van de mannen en bij 4.3% van de vrouwen sprake van een kort tevoren doorgemaakte overbelasting van de rug. Radiculaire compressieverschijnselen kwamen voor bij 7.6% van de mannen en 5.6% van de vrouwen.

Het merendeel van de 'rugpijnaanvallen' was van korte duur, in 62% van de gevallen minder dan twee weken. De duur van de 'aanval' - gemeten tijd tussen het eerste en het laatste consult - was niet significant gerelateerd aan leeftijd, geslacht of de aanwezigheid van uitstralende pijn, maar wel aan objectieve verschijnselen van radiculaire compressie.

Van de 'aanvallen' werd 90% behandeld door de huisarts, die alleen symptomatische therapie toepaste zoals rust, warmte, smeersels en analgetica.

Het al of niet hebben van recidives was niet gerelateerd aan de leeftijd, het geslacht of de aanwezigheid van uitstralende pijn, maar werd wel vaker gezien bij patiënten bij wie verschijnselen van een wortelcompressie werden gevonden bij het lichamelijk onderzoek en bij patiënten wier eerste 'aanval' langer duurde dan twee weken. Bij 44.6% van de patiënten was er een recidief binnen vier jaar. Volgens de onderzoekers lijkt het erop dat bepaalde personen gepredisponeerd zijn tot het krijgen van lage rugpijn.

Ward e.a. (1968) deden een onderzoek in een aantal praktijken. Zij verkregen hun gegevens uit zestien huisartspraktijken, met een totaal patiëntenbestand van 45.000 personen boven de vijftien jaar. De onderzoekers definieerden 'low back pain' als volgt: 'Low back pain is pain below the level of the ribs in the back, but not in the abdomen, unilateral, or bilateral. It included root pain in the lower limbs associated with signs in the lumbar spine, for instance limitation of movements of lumbar spine, with or without limitation of straight leg raising. Any of the following diagnoses were included: Lumbago, sciatica, lumbar disc lesions of all kinds, fibrositis of lumbar or gluteal regions, sacro-iliac strain, lumbar spondylosis, arthritis of the lumbar or sacro-iliac regions, strained back, rheumatism of the lumbar region, and backache'. Ward e.a. gaven dus een duidelijke 'werkdefinitie' van lage rugpijn. Voor een goede uitwisseling en vergelijking van onderzoeksgegevens lijkt dit zeer wenselijk.

Uit het onderzoek bleek dat 22.8 van de 1000 mannen en 15.3 van de 1000 vrouwen hun huisarts in het jaar van onderzoek met lage rugpijn bezochten. Bij beide geslachten waren deze aantallen lager in de leeftijdsklassen 15-24 jaar en 65 jaar en ouder, maar twee keer zo hoog in de leeftijd van 25-64 jaar. Bij 41% van de mannen en 31% van de vrouwen was naar hun eigen zeggen in de 72 uur voorafgaande aan het begin van de rugklachten, sprake geweest van een abnormale belasting van de rug.

Meer dan drie weken arbeidsongeschikt door lage rugpijn waren 19% van de mannen en 8% van de vrouwen in de leeftijdsklasse 15-44 jaar, en 26%, respectievelijk 16% in de leeftijd van 45-64 jaar.

Het grootste aantal nieuwe gevallen werd gevonden in de periode november-januari. Daarna volgde een daling, maar in het tijdvak augustus-oktober was er weer een geringe stijging. Ward e.a. poneren

heel voorzichtig dat dit verloop kan suggereren dat er sprake zou kunnen zijn van een seizoensinvloed.

Partridge en Knox (1969) verrichtten gedurende een jaar een prospectief onderzoek naar het voorkomen van reumatische klachten in zeven Schotse huisartspraktijken. In deze klachtengroep vielen ook de pijnklachten in het lumbale gebied.

Per 1000 mannen consulteerden 16.2 per jaar de huisarts voor lage rugklachten; per 1000 vrouwen was dit getal lager en wel 10.7. Pijn in het lumbale gebied kwam vaker voor bij mannen dan bij vrouwen; dit gold voor alle leeftijdsgroepen met uitzondering van de groep 15-24 jaar.

Het was een klacht die verantwoordelijk was voor de helft van alle consulten die mannen in de leeftijd van 25-54 jaar aan hun huisarts vroegen. Iets meer dan een derde van de patiënten klaagde over een uitstralende pijn langs de nervus ischiadicus.

Lage rugpijn was verantwoordelijk voor langdurig ziekteverzuim: 32.9% van alle mannen bleven langer dan drie maanden van hun werk weg en bij 8.5% duurde het arbeidsverzuim langer dan een jaar. Het verwijzingspercentage naar ziekenhuizen bedroeg circa 50%; verwijzingen naar de fysiotherapeut werden echter meegeteld.

Irniger (1971) verzamelde materiaal door in drie huisartspraktijken gedurende een periode van twee maanden een vragenlijst te geven aan alle patiënten die het spreekuur bezochten. Er werden 400 vragenlijsten bewerkt.

Als diagnose kwam 'rugpijn-nu' bij ongeveer een achtste van alle mannen onder de 50 jaar voor. Boven de 50 jaar was dit gestegen tot een kwart. Bij vrouwelijke patiënten lagen deze aantallen hoger: onder de 50 jaar gaf een zesde deel en boven de 50 jaar gaf ongeveer een kwart aan dat rugklachten de reden vormden voor het consult. Ook werd gevraagd naar vroegere arbeidsongeschiktheid door rugklachten. In de leeftijdsgroep van 60-70 jaar gaf 45% van de mannen en 15% van de vrouwen aan dat ze van hun werk hadden verzuimd door deze klachten.

Op de vraag naar vroegere behandelingen antwoordden 25% van de patiënten tabletten te hebben gekregen; 25% kreeg injecties; 7%

onderging een chiropraktische behandeling en 25% werd behandeld door een fysiotherapeut.

De diagnoses waren:

- degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom (waaronder spondylarthrose, 'osteochondrose' en hernia nuclei pulposi)	45%
- slechte houding en houdingsafwijkingen	23%
- pathologie in andere organen	17%
- osteoporose	7%
- tumoren en dergelijke	4%
- ontstekingsachtige ziekten	2%
- posttraumatische afwijkingen	2%
	<hr/> 100%

Irniger geeft een anamnese- en onderzoekschema, waarbij, om pragmatische redenen, verschil gemaakt wordt tussen acute en chronische rugpijn.

Barker (1977) deed een prospectief onderzoek in een praktijk van 3000 patiënten. Er vonden jaarlijks 10.000 consulten plaats, waarvan 750 voor aandoeningen van het bewegingsapparaat; een derde hiervan had betrekking op klachten van de rug en benen. Twee jaar lang werd elke patiënt die een medisch advies vroeg in verband met rug- of beenklachten opgenomen in het onderzoek.

Er werden twee groepen patiënten onderscheiden, namelijk patiënten met een 'lage rugpijn syndroom', waarbij de pijn beperkt bleef tot het gebied boven de gluteale plooien, en patiënten met een 'rug- en beenpijn syndroom', waarbij pijn gevoeld werd onder en boven de gluteale plooien.

Het merendeel van deze patiënten kon thuis conservatief behandeld worden; voor een klein deel slechts was verwijzing naar een specialist noodzakelijk.

De follow-up van deze patiënten varieerde tussen de één en drie jaar. Ernstige ziekten - zoals maligne ziekten, tuberculose en wervelontstekingen - kunnen ook pijnklachten geven, maar tot aan het einde

van de follow-up werden dergelijke afwijkingen niet gevonden. Barker stelt deze ziekten gezamenlijk slechts verantwoordelijk voor minder dan 1% van de rugklachten in de huisartspraktijk.

Belart (1978) deed een longitudinaal onderzoek door de ziektegeschiedenissen van zijn patiënten met spondylogene lumbalgieën en ischialgieën te bestuderen. Patiënten met een spondylitis ankylopoëtica werden van dit onderzoek uitgesloten.

In totaal werden 104 ziektegeschiedenissen bewerkt; 55 waren afkomstig van mannen en 49 van vrouwen. De gemiddelde duur van de periodes, die bestudeerd werden, was 9.1 jaar (spreiding 2-26 jaar). In aanmerking nemend dat alleen patiënten van vijftien jaar en ouder in deze studie werden betrokken, was de gemiddelde leeftijd, die de rugpijnpatiënten ten tijde van het eerste consult hadden, 52 jaar (spreiding 16-76 jaar).

Zowel bij het eerste als bij het laatste bezoek aan de huisarts gaven 37 patiënten aan chronische rugpijn te hebben, 30 patiënten hadden de gehele waarnemingsperiode - gemiddeld 9.1 jaar - rugklachten, 27 patiënten waren tijdens het laatste contact met hun huisarts klachtenvrij en 42 hadden volledige remissies, die tot 26 jaar konden duren. Belart maakte een onderverdeling naar de ernst van de klacht. Hij constateerde dat lichte, acute gevallen zelden veranderden in ernstige, meer chronische. Deze overgang kon slechts bij drie patiënten worden gevonden.

Van 75 patiënten konden de röntgenfoto's van de wervelkolom, gemaakt ten tijde van het eerste én het laatste consult, met elkaar worden vergeleken; daardoor was een uitspraak mogelijk over radiologische veranderingen in de tijd. Slechts weinig aandoeningen op de röntgenfoto's 'verslechterden', de meeste bleven gelijk. Wel vond er een uitbreiding van de afwijkingen plaats naar meer niveaus. Opvallend en onverwacht was de bevinding dat bij lichtgewicht patiënten meer ernstige discusveranderingen werden gevonden dan bij patiënten met een overgewicht.

Er is door huisartsen weinig onderzoek verricht naar de invloed van psychosociale factoren op het ontstaan en persisteren van rugklachten.

Rose (1975) heeft nagegaan of er in het leven van de patiënten die hun huisarts bezochten met pijnklachten in de nek of rug, belangrijke gebeurtenissen plaatsgevonden hadden in een periode van drie maanden direct voorafgaande aan dit consult. Hij deed dit door aan 36 mensen met klachten én aan een klachtenvrije controlegroep een vragenlijst voor te leggen.

Een vergelijking tussen de patiënten en de controlegroep toonde aan dat financiële problemen, reizen, gezinsveranderingen, belangrijke verjaardagen, ongelukken en lichamelijke activiteit significant meer voorkwamen bij de patiëntengroep. Rose komt tot de conclusie dat acute pijn om rust vraagt en dat men de patiënt moet toestaan de gebeurtenissen te verwerken.

Gilchrist (1976) verrichtte een onderzoek in een gezondheidscentrum met zes huisartsen, met een gezamenlijk patiëntenbestand van 12.000 mensen. Alle kaarten van degenen, die van 1969 tot en met 1974 de huisarts geconsulteerd hadden voor lage rugklachten of voor klachten op psychisch gebied, werden bestudeerd. Er werden 1449 patiënten in deze studie betrokken.

Er kon een correlatie aangetoond worden tussen rugpijn en psychische klachten bij dezelfde patiënt. Deze correlatie was het meest uitgesproken bij mannen en vrouwen tussen de 35 en 44 jaar en bij vrouwen tussen de 55 en 74 jaar. Bij patiënten met lage rugpijn werd in ongeveer 55% der gevallen een periode van psychisch 'ziekzijn', veroorzaakt door 'anxiety', gediagnostiseerd; in de niet-rugpijngroep kon circa 38% van deze verschijnselen worden vastgesteld. Dit verschil was significant, hetgeen wil zeggen dat patiënten met lage rugpijn vaker 'anxiety' vertoonden dan de controlegroep.

Er is ook onderzoek gedaan naar het effect van manueel-therapeutisch handelen door de huisarts.

De orthopaedisch chirurg Cyriax (1969) zegt: 'In my view simple exposition of a simple subject is perfectly possible and would clear the air enough for medical men at last to adopt an unprejudiced attitude toward a useful and proper medical treatment. Let patients needing manipulation be manipulated within the medical sphere.' Zo ver is het echter in ons land nog niet. In Nederland wordt naar

mijn weten manipulatie slechts op beperkte schaal toegepast door speciaal daartoe opgeleide revalidatie-artsen en fysiotherapeuten. Hoewel de huisarts Fisk (1971) aangeeft dat de techniek gemakkelijk is te leren en qua toepassing minder tijd in beslag neemt dan het uitschrijven van een recept, maakt zijn opmerking 'during manipulation, clicking, clonking or cracking sounds are produced' ons bepaald niet enthousiast dergelijke manipulaties toe te passen. In de Angelsaksische landen gebeurt dit echter op grote schaal en er zijn verscheidene huisartsen geweest die hun eigen manueel-therapeutisch handelen bij hun rugpijnpatiënten hebben geëvalueerd, zoals Fisk (1970), Fisk (1971), Orpwood Price (1971), Dossetor (1975) en Sheehan (1977). Zonder uitzondering vermelden deze onderzoekers goede tot zeer goede resultaten na één of twee behandelingen. De gepresenteerde genezingspercentages zijn naar Nederlandse begrippen onwaarschijnlijk hoog.

Tenslotte is ook nog vermeldenswaard het literatuuronderzoek over rugklachten van Curtis (1977). Curtis kwam tot de conclusie dat lage rugpijn een uitstekend voorbeeld is van een klacht die in een huisartspraktijk over verloop van langere tijd kan worden bestudeerd. De schrijver constateert dat dergelijk onderzoek echter nog weinig is gedaan.

Deel II

HET ONDERZOEK

7 DE GESCHIEDENIS VAN EEN 'MISLUKT' ONDERZOEK OFWEL DE VOORBEREIDINGSFASE VAN HET DEFINITIE- VE ONDERZOEK

Dat de aanlooffase van een wetenschappelijk onderzoek bijzonder veel tijd vraagt, zal een ieder, die zich op dit terrein beweegt, kunnen beamen. In een proefonderzoek blijkt nogal eens dat op een zorgvuldig geformuleerde vraagstelling met behulp van de gekozen methodiek geen antwoord gegeven kan worden. Wanneer een onderzoek om deze reden wordt gestaakt, zouden we het mislukt kunnen noemen.

Zelden geven onderzoekers het materiaal van zo'n mislukt onderzoek aan de redactie van een medisch tijdschrift. Het eigen falen wordt blijkbaar liever niet aan de publiciteit prijs gegeven. Ook bij het lezen van geslaagde onderzoeken kwam ik niets tegen over aanvankelijk fout opgezet onderzoek, verkeerd gekozen variabelen, enzovoort. Op deze manier kan gemakkelijk de gedachte postvatten dat al het gepubliceerde onderzoek gedaan is door een groep onderzoekers die hun studie vanaf het allereerste begin feilloos opzetten, zonder al te veel problemen voltooien en voorzagen van verantwoorde conclusies. Dit kan alleen maar leiden tot nog grotere gevoelens van insufficiëntie bij diegenen, die om welke reden dan ook hun onderzoek niet afge maakt hebben. Juist daarom is het misschien zinvol een volledig verslag uit te brengen van het onderzoek en ook de vele problemen uit de aanlooffase niet buiten beschouwing te laten. Anderen kunnen er mogelijk lering uit trekken.

Eind 1977 werd door mij op een bijeenkomst van de Projectgroep Wetenschappelijk Onderzoek van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Groningen het idee gelanceerd om een studie te beginnen over patiënten met lage rugklachten. Mijn onderzoekvoorstel kreeg als titel: 'Evaluatie van de klacht lage rugpijn in een huisartspraktijk'.

De volgende vraagstellingen werden geformuleerd:

- Welke kenmerken heeft de patiënt die zijn huisarts bezoekt of bij zijn huisarts een visite aanvraagt voor de klacht lage rugpijn?
- Welke (zo gestandariseerd mogelijk vastgelegde) gegevens van de patiënt met lage rugpijn kunnen uit de anamnese en het lichamelijke onderzoek worden verkregen?

- Wat zijn de gestelde diagnoses bij deze patiënten met rugpijn en wat is het opgestelde behandelingsplan?
- Is er een verband tussen de eigenschappen van de patiënt met lage rugpijn en de gegevens verkregen uit de anamnese en het lichame-lijk onderzoek?

Als methodiek werd gekozen voor een prospectief onderzoek in mijn praktijk door mijzelf verricht. Alle patiënten met lage rugklachten zouden door mij volgens een vast protocol worden onderzocht.

Dit onderzoek is echter nooit uitgevoerd, voornamelijk om de vol-gende redenen:

- De combinatie behandelend arts-wetenschappelijk onderzoeker bleek bij een onderzoek in deze opzet zeer moeilijk. Op de één of andere manier was mijn omgaan met mijn patiënten met lage rug-pijn anders dan voorheen, toen ik nog niet zo speciaal geïnteres-seerd was in deze klacht. Het was duidelijk dat ik het materiaal van mijn onderzoek beïnvloedde.
- In het kader van het onderzoek creëerde ik een van de norm afwij-kend consult. Twee dingen waren hiervan het gevolg:
 - . Door een mogelijk intensiever contact met de patiënt zou het uiten van klachten sterk kunnen worden vergemakkelijkt.
 - . Er werden gegevens op de patiëntenkaart genoteerd die anders waarschijnlijk daaraan niet waren toevertrouwd.
- De vraagstellingen waren te veelomvattend en dienden eerst nog te worden omgezet in een uitgewerkte, meer concrete probleem-stelling.

Om aan de bovengenoemde bezwaren gedeeltelijk te ontkomen had-den we kunnen kiezen voor een onderzoek dat verricht werd in ande-re huisartspraktijken. Ik zou dan mijn collegae moeten motiveren voor het doen van extra werk en hen bovendien enthousiast moeten maken voor mijn studie-onderwerp. Lukte dit niet, en de kans daarop leek niet gering, dan zou onvoldoende gemotiveerdheid onder hen onmiskenbaar geleid hebben tot onvoldoende registratie van de ge-vraagde gegevens. Bovendien zouden we te maken krijgen met de zogenaamde 'interdoktervariatie'. Weinig artsen noteren namelijk gegevens zodanig dat deze voor andere artsen eenduidig zijn. Roscam Abbing (1973) stelt in dit verband: 'De gebruikte omschrijvingen in het kaartstelsel van de huisarts zijn dikwijls bij gebrek aan een zeke-re diagnose vaag en voor velerlei uitleg vatbaar, althans bij interpre-

tatie door een ander dan de registrerende arts.' Ook Doeleman (1957) zegt: 'Een eerste consequentie van onderzoeken door groepen artsen is, dat bij de opzet van het project maatregelen genomen worden, opdat de bevindingen van de leden van de werkgroep vergelijkbaar zijn. Dat wil zeggen de verschillende artsen moeten onder dezelfde term (een diagnose bijvoorbeeld) inderdaad hetzelfde verstaan, zij moeten hun waarnemingen (metingen bijvoorbeeld) op precies dezelfde wijze verrichten, twijfelgevallen op dezelfde manier behandelen en hun bevindingen op dezelfde manier interpreteren.' Hoe moeilijk het is voor een groep huisartsen tot een uniforme classificering van klachten en diagnoses te komen, beschrijft ook Oliemans (1969b).

Een tweede onderzoeksvoorstel volgde, waarbij een nieuwe vraagstelling werd geformuleerd, namelijk: 'Hoe onderzoekt, diagnostiseert en behandelt de Nederlandse huisarts zijn patiënten met lage rugklachten?'

Het zou een explorerend, beschrijvend onderzoek worden. Ter operationalisering van de genoemde vraagstelling zou aan een op aselecte wijze verkregen groep huisartsen een vragenlijst worden voorgelegd met vragen over:

- De biografie van de huisarts en zijn praktijk.
- De frequentie van lage rugklachten; bijvoorbeeld:
Hoeveel patiënten ziet U gemiddeld per week voor de klacht lage rugpijn?
Meent U dat patiënten met lage rugpijn in het algemeen vaker een beroep op U doen dan patiënten met andere klachten?
- De gevoelens van de huisarts bij de behandeling van de patiënten met lage rugklachten.
- Het gebruik van röntgenfaciliteiten; bijvoorbeeld:
Welke betekenis kent U toe aan de uitslag van een röntgenfoto?
Hoe worden de verkregen gegevens vertaald naar de patiënt?
- Psychosociale factoren bij rugpatiënten.
- De diagnose(s) bij rugpatiënten.
- De samenwerking met de fysiotherapeut.
- De hantering van verwijzingscriteria en de samenwerking met medische specialisten.

Naast deze vragen werden ook vier 'papieren' patiënten met lage rugklachten gepresenteerd. En ook hier werd door middel van een aantal vragen getracht een indruk te krijgen hoe de geënquêteerde huisarts bij deze praktijkvoorbeelden zou handelen.

Ik heb met opzet de lijst met vragen uitvoerig weergegeven omdat wij binnen de projectgroep stellig geloofden in de betekenis ervan. We hebben ons blind gestaard op de inhoudelijke aspecten van deze vragen zonder ons te bezinnen op de te voeren methodiek om hierop betrouwbare antwoorden te krijgen. Helaas heeft dit niet tijdig herkennen ons veel tijd gekost.

In een te laat stadium werd een proefonderzoek gedaan bij enkele huisartsen die in mijn aanwezigheid hardop denkend de vragenlijsten invulden. Hierbij vielen eigenlijk meteen al een paar zaken op, namelijk:

- De vragenlijst was veel te lang.
- Een papieren patiënt geeft de 'echte' patiënt niet weer. Steeds werd door de geënquêteerden aanvullende informatie gevraagd. De kritiek van de collegae luidde voornamelijk dat een papieren patiënt, die vanuit de bureaustoel wordt onderzocht en behandeld, iets heel anders is dan een echte patiënt, die je met al zijn achtergrondgegevens kent. Bovendien mis je bij een papieren patiënt de non-verbale signalen, die juist zo medebepalend zijn bij de diagnostiek en behandeling in de huisartsgeneeskunde.
- De geënquêteerde artsen misten het gevoel van werkelijkheid. Iedere huisarts weet immers hoe sterk de benadering van patiënten afhankelijk is van drukte in de praktijk, ziekte van de assistente en dergelijke.
Eén van de collegae had op het moment van het invullen van de vragenlijsten zelf pijn onderin de rug. Hij vertelde dat dit een duidelijke invloed op de beantwoording van de vragen had gehad.

Onderlinge discussie en gesprekken met deskundigen op onderzoekgebied leerden dat aan een studie in deze opzet ernstige methodologische bezwaren zijn verbonden, namelijk:

- Zij vraagt naar subjectieve meningen van de huisarts (bijvoorbeeld schattingen) terwijl zij objectiviteit wil meten.
- Men moet er rekening mee houden dat de huisartsen in het algemeen weinig gemotiveerd zijn de vragenlijsten in te vullen, zeker

als die erg uitgebreid zijn. De response is van een niet-aselecte groep afkomstig. Men krijgt zo geen beeld van de 'doorsnee-huisarts' en dat was wel het doel van de studie.

- Bij de beantwoording van de vragen in de enquêtelijst kan in belangrijke mate de 'sociale wenselijkheid' (Tijmstra en Brinkman-Engels 1978) een rol spelen.

Al met al besloten we ook dit tweede onderzoek te staken. Terugkijkend kan geconcludeerd worden dat zowel bij dit onderzoek als bij het eerstgenoemde grote beleidsfouten zijn gemaakt. De belangrijkste twee waren wel deze:

- Veel te laat werden deskundigen geraadpleegd.
- Het proefonderzoek had in een veel eerder stadium verricht moeten worden.

Ook Bremer e.a. (1981) moesten na een systematische inventarisatie van de fouten die gemaakt werden in drie mislukte onderzoeken, constateren dat het niet raadplegen van deskundigen en het niet verrichten van een proefonderzoek in belangrijke mate hadden bijgedragen aan het niet slagen van deze studies.

Juist het doen van een proefonderzoek in een nog vrij pril stadium van een wetenschappelijke studie kan veel tijdverlies en ergernis voorkomen. Of, zoals Doeleman (1957) zegt: 'Wat voor onderzoek men ook doet, in vrijwel alle gevallen is het noodzakelijk eerst een proefonderzoek te doen. Dit proefonderzoek toont ons aan welke praktische kleinigheden we bij de opzet van ons plan over het hoofd gezien hebben en welke gegevens wij bovendien nodig hebben om de gevonden uitkomsten naar waarde te kunnen schatten. Het geeft ons een voorproefje van moeilijkheden die we niet voorzien hadden. Het geeft een indruk van de tijd en van de kosten die het definitieve onderzoek vergen zal, van de orde van grootte van de uitkomsten en soms ook van de betrouwbaarheid van het materiaal... Een proefonderzoek is een *conditio sine qua non* voor verantwoord wetenschappelijk onderzoek.'

Tot zover de historie van een 'mislukt' onderzoek.

8 HET ONDERZOEK

8.1 INLEIDING

Na lering te hebben getrokken uit de 'mislukte' studies, zoals die in het vorige hoofdstuk zijn besproken, werd begonnen aan het laatste en definitieve onderzoek.

Gezien de hoge prevalentie- en incidentiecijfers, die door verscheidene huisartsen-onderzoekers werden gevonden, ligt het voor de hand te veronderstellen dat ook ik in mijn praktijk in de loop der jaren een groot aantal patiënten met lage rugklachten moest hebben gezien. Aangezien ik op mijn NHG-patiëntenwerkkarten, zowel tijdens het spreekuur als tijdens het visiterijden, altijd aantekeningen maak over de geuite klachten, de relevante bevindingen bij het lichamelijk onderzoek, de diagnose en de toegepaste behandeling, en aangezien bovendien alle brieven van specialisten worden bewaard, bevatten mijn kaartstelsel en archief veel gegevens over mijn patiënten en dus ook over de patiënten met lage rugklachten.

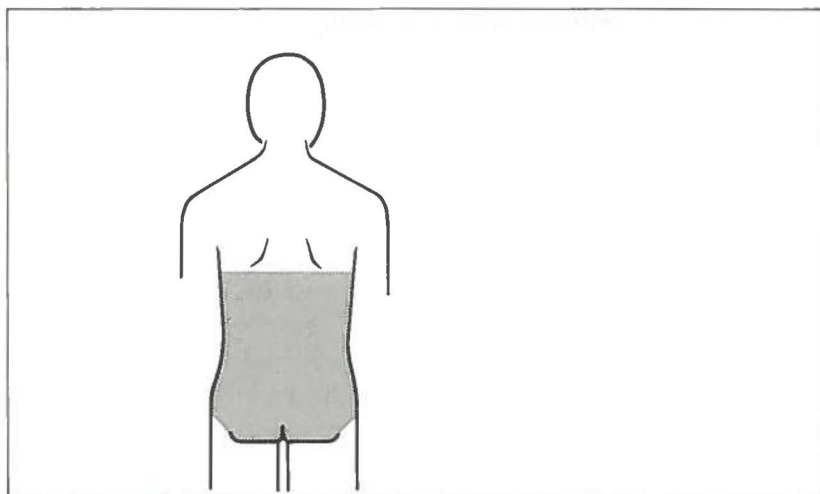
Deze gegevens werden als basis gebruikt voor verdere bestudering. Daarnaast werd een aantal patiënten geïnterviewd en vond een aanvullend prospectief onderzoek plaats.

De studie heeft tot doel een bijdrage te leveren aan een beter begrip van het verschijnsel lage rugklachten, dat naast medische ook belangrijke psychosociale en sociaaleconomische aspecten heeft.

Onder 'lage rugklachten' wordt verstaan: klachten over pijn die door de patiënt wordt aangegeven in een gebied dat topografisch begrensd wordt door een horizontale lijn getrokken door de beide scapulapuntten, de beide zijbegrenzings van het lichaam en een horizontale lijn getrokken door de beide bilplooien (figuur 10).

Ook pijn die vanuit deze regio uitstraalt naar één of beide onderste extremiteiten, wordt tot de bovengenoemde lage rugklachten gerekend.

Verder worden onder lage rugklachten eveneens verstaan een door de patiënt of zijn familie geuite verontrusting of klachten over een (vermeende) houdingsafwijking in het thoracolumbosacrale gebied.



Figuur 10 Topografische begrenzing van het onderzoekgebied

Uitgezonderd het prospectieve deel van deze studie werden lage rugklachten samengaan met symptomen die deden denken aan de aanwezigheid van een bacterieel of viraal infect, uitgesloten; tevens werden rugklachten, waarvan direct bij het eerste contact met de patiënt al bleek dat de oorzaak moest worden gezocht in een aandoening van één der inwendige organen, de bloedvaten en de huid, niet in het retrospectieve onderzoek opgenomen maar wel in het prospectieve deel van deze studie.

Het onderzoek beperkt zich tot patiënten van vijftien jaar en ouder. De leeftijdsgrens van vijftien jaar wordt gehanteerd omdat uit onderzoek van Oliemans (1968, 1969a) blijkt dat de klacht lage rugpijn beneden deze leeftijd slechts zelden in de huisartspraktijk wordt gepresenteerd - voor mannen van 0-14 jaar 1.6 per 1000; voor vrouwen in dezelfde leeftijdsklasse 2.8 per 1000 -. Ook Partridge en Knox (1969) en Ward e.a. (1968) sluiten in hun studies de groep 0-14 jarigen uit vanwege de zeer lage prevalentiecijfers van deze klacht in die leeftijdsgroep.

Aangezien het hier een onderzoek betreft in de eigen praktijk en elke huisartspraktijk haar specifieke eigenaardigheden heeft, afhankelijk

van de geografische ligging en de aard van de bevolking, zal een 'plaats- en praktijkbeschrijving' worden gegeven. Daarna zal het beleid in de praktijk en bij de patiënt met lage rugklachten worden belicht.

8.2 PLAATS- EN PRAKTIJKBESCHRIJVING

De noodzaak van een plaats- en praktijkbeschrijving is evident mede omdat er onder anderen door Oliemans (1969b) wordt aangetoond dat er een morbiditeitsverschil en een verschil in de aard van de ver-richtingen is tussen stads- en plattelandspraktijken. Ook Winkler Prins (1966) maakt duidelijk dat men op het platteland ten aanzien van de huisarts andere verwachtingen heeft dan in de stad en dat de stadsbewoner een meer zakelijke medische deskundigheid van zijn arts verwacht dan de plattelander.

1 De gemeente Roden

1.1 *Historie en geografie*

De gemeente Roden, waarin mijn praktijk is gelegen, ligt ongeveer vijftien kilometer ten zuidwesten van de stad Groningen in de kop van Noord-Drenthe en omvat naast het hoofddorp Roden nog de dorpen en buurtschappen Alteveer, Foxwolde, Leutingewolde, Lieve-ren, Nietap, Nieuw-Roden, Roderesch, Roderwolde, Sandebu-ur, Steenberg en Terheijl.

Het dorp Roden telt zelf binnen de gemeente verreweg het grootste aantal inwoners.

Van oudsher is het dorp Roden een brinkdorp. Het centrum van dit brinkdorp was vroeger de 'brink', die bestond uit een min of meer rond grasveld met bomen beplant waaromheen de boerderijen waren gebouwd met de schaapskooien, de schuren, de hutten en de hokken, in een schilderachtige ordeloosheid, voor, naast en achter elkaar. Men bouwde namelijk de boerderijen daar waar een pomp gemakkelijk water kon bereiken. Een warnet van voetpaden doorkruiste het ge-bied in alle richtingen.

Wie dit beeld vergelijkt met de huidige Brink in Roden, kan zich nauwelijks meer voorstellen dat hier vroeger het centrum was van een dorp, waar oude boerenfamilies van geslacht op geslacht woonden. Een expansieve nieuwbouw, vooral in het laatste decennium, en een toenemende industrialisatie veranderden dit karakteristieke gebied in een stuk verstedelijkt platteland. Dit alles ging ten koste van vele, mooie historische pronkstukken waarvan verscheidene door de slopershamer werden geveld. Toch is gelukkig ook veel bewaard gebleven en enkele monumenten als de havezathe Mensinge, de Nederlands Hervormde kerk, de Winsinghhof, de olie- en korenmolen Woldzigt in Roderwolde en de Spiker, een fraaie Drentse boerderij, zijn, al dan niet gerestaureerd, getuige van een rijk historisch verleden.

De gemeente heeft een totale oppervlakte van bijna 6500 hectare, ongeveer 500 hectare daarvan bestaat uit bossen met een schitterend natuurschoon, met een rijke flora en fauna. Juist door het bezit van dit natuurschoon doet deze gemeente zijn naam eer aan. Eén van de verklaringen die voor de naam Roden, in het Drents Roon, gegeven wordt, is namelijk 'gerooide plek in het bos'. Het rooien van het bos is ook in het wapen van Roden vastgelegd: het wapen bevat vijf naast elkaar geplante dennebomen met daarvoor schuingekruist een spade en een bijl.

1.2 *De bevolking*

De gemeente Roden had op 31 december 1975 16.437 inwoners, van wie ongeveer driekwart in het hoofddorp Roden woonde. Vooral in de periode 1963 tot 1976 is er een grote stijging geweest van het inwoneraantal. De laatste tien jaar is de bevolking bijna verdubbeld. Deze sterke toename werd vooral veroorzaakt door een vestigingsoverschot.

Ook het karakter van het dorp veranderde: van een rustiek boerendorp werd het een industriegemeente met enkele moderne fabrieken en tevens een forensengemeente van de stad Groningen.

Van de ongeveer 4300 door mannen bezette arbeidsplaatsen werd in 1975 10.7% ingenomen door mannen werkzaam in de agrarische sector, 50.9% door mannen werkzaam in handel en nijverheid en

38.4% door mannen werkzaam in de dienstensector. Ongeveer één-derde van de manlijke beroepsbevolking werkte in één van de vele industriële bedrijven in Roden zelf, waarvan fabrieken in de sector metaalnijverheid en medische en optische apparatuur verreweg het grootste deel van de werkgelegenheid boden. Het werkloosheidspercentage stak in 1975 gunstig af tegen het landelijk gemiddelde: namelijk $\pm 3.5\%$ tegenover landelijk 6.1% en provinciaal 11.5%. Het kleine deel van de bevolking dat zijn werk vindt in de landbouw en veeteelt wordt vooral gevonden in de omliggende dorpen en buurtschappen binnen de gemeente.

De leeftijdsopbouw van de bevolking van Roden is te zien in tabel 3.

Tabel 3 De leeftijdsopbouw van de bevolking van Roden en van Nederland op 1 januari 1976		
	Roden %	Nederland %
0-14 jaar	30.2	25.1
15-24 jaar	12.7	16.9
25-44 jaar	30.5	27.4
45-64 jaar	16.9	19.8
65 jaar en ouder	9.8	10.9
	<hr/> 100	<hr/> 100

Wanneer de opbouw van de bevolking van Roden vergeleken wordt met die van Nederland als geheel dan zien we dat in onze gemeente een relatief groter aantal personen beneden de leeftijd van vijftien jaar voorkomt. Dat het grote vestigingsoverschot in de jaren voor 1976 vooral het gevolg was van de migratie van jonge gezinnen moge onder andere blijken uit het relatief kleine aantal bejaarden in ons dorp. Roden heeft, mede door zijn betrekkelijk jonge bevolking, in de jaren 1966-1978 altijd een geboortecijfer gehad dat boven het landelijk gemiddelde lag. In 1975 bedroeg het 14.5 per 1000 inwoners tegenover 13.0 per 1000 voor geheel Nederland. Het sterftecijfer per 1000 van de bevolking in 1975 was 6.0 en lag beduidend lager dan voor het hele land, dat was namelijk 8.3.

2 De medische verzorging

2.1 *Medische voorzieningen in het praktijkgebied*

In de regio Roden waren tijdens de registratieduur van het retrospectieve deel van het onderzoek vijf huisartsen gevestigd. Zij hebben alle hun praktijk in het dorp Roden zelf. Er bestaat tussen hen een goede collegiale samenwerking. De avond- en weekenddiensten en de vakanties worden onderling geregeld. De verrichtingen tijdens waarneming worden hetzij schriftelijk hetzij mondeling aan elkaar doorgegeven en geven informatie over de anamnese, de relevante bevindingen bij het lichamelijk onderzoek, de diagnose en de ingestelde therapie. Geen der praktijken is apotheekhoudend.

De verloskundige zorg wordt voor verreweg het grootste gedeelte verleend door een vroedvrouw.

Vier wijkverpleegkundigen van de vereniging 'Het Groene Kruis' zijn binnen de gemeentegrenzen werkzaam. De zuigelingen- en de kleuterzorg zijn gecentraliseerd. De huisartsen doen zelf de controle van zuigelingen op het bureau van de kruisvereniging.

Het maatschappelijk werk werd aanvankelijk vanuit verschillende instellingen verzorgd. Mede tengevolge van een functionele en geografische schaalvergroting wordt sedert enkele jaren vanuit één stichting maatschappelijke hulp verleend door twee maatschappelijk werkers in full-time dienstverband.

Tot 1975 was er in Roden één fysiotherapeut gevestigd, die werd geassisteerd door enkele fysiotherapeuten op free-lance basis. Rond 1975 vestigde zich een tweede fysiotherapeut.

De specialisten naar wie de patiënten kunnen worden verwezen, zijn gevestigd in de stad Groningen - 15 kilometer afstand - en Assen - 20 kilometer afstand - . Ziekenhuisopnames vinden vrijwel uitsluitend plaats in Groningen. Roden beschikt over een eigen ambulance.

Tijdens het onderzoek waren vijf tandartsen in ons dorp werkzaam. Een diëtiste houdt één keer per maand spreekuur in het Groene Kruisgebouw.

2.2 *Enkele gegevens betreffende mijn praktijk*

Aan het begin van de onderzoeksperiode, eind 1972, bestond de prak-

tijk, die voor een deel van mijn voorganger en voor een deel van een nog praktizerende collega was overgenomen, uit 1250 ziekenfonds-verzekerden en ongeveer 650 particulier verzekerden. Het aantal patiënten nam in de jaren daarna sterk toe en eind 1976 was het totale patiëntenbestand ruim 3200 zielen van wie ongeveer 2100 ziekenfondsverzekerden waren. Van de bij een ziekenfonds ingeschrevenen waren in 1975 ongeveer 14% vrijwillig verzekerd en ongeveer 11% behoorde tot de bejaardenverzekering. Omdat ik het aantal particuliere patiënten niet nauwkeurig ken, kan ik over de leeftijdsopbouw van dit deel van de praktijk weinig zeggen.

Van de ziekenfondspraktijk is de leeftijdsopbouw wel bekend (tabel 4).

Tabel 4 De leeftijdsopbouw in mijn (ziekenfonds)praktijk naast de leeftijdsopbouw van de bevolking van Nederland in 1975		
Leeftijd	Mijn praktijk %	Nederland %
0- 9 jaar	16.1	15.8
10-19 jaar	17.6	17.5
20-29 jaar	17.2	19.8
30-39 jaar	12.8	11.2
40-49 jaar	11.1	10.1
50-59 jaar	10.0	9.5
60-69 jaar	8.1	8.4
70-79 jaar	5.1	5.5
80 jaar en ouder	2.0	2.2
	100	100

Wanneer ik de leeftijdsopbouw van de ziekenfondspraktijk in 1975 vergelijk met de leeftijdsopbouw van heel Nederland dan blijkt er een grote mate van overeenkomst te zijn; bij vergelijking van de tienjaarsgroepen bestaat er alleen in de 20-29 en de 30-39 jaargroepen een verschil dat groter is dan 1%.

De praktijk wordt door mij alleen uitgeoefend. Ik word daarbij geassisteerd door een full-time doktersassistente bij het medisch-administratieve gedeelte en door mijn vrouw bij de meer financieel technische zaken.

Sinds januari 1975 ben ik part-time verbonden aan het Universitair Huisartsen Instituut te Groningen; was daar aanvankelijk werkzaam

bij het onderwijs en later bij de Projectgroep Wetenschappelijk Onderzoek.

Sedert half 1976 is in mijn praktijk regelmatig gedurende een half jaar een arts-assistent werkzaam in het kader van de specifieke beroepsopleiding tot huisarts.

De eerste twee jaar na mijn vestiging werd de praktijk uitgeoefend in ons woonhuis, daarna werd de praktijk overgebracht naar een dependance van het Groene Kruisgebouw, in afwachting van een nieuw te bouwen gezondheidscentrum dat in 1979 zou worden geopend. In de jaren dat ik werkzaam was in deze dependance, had ik als enige huisarts in Roden een werkcontact onder één dak met de wijkverpleegkundigen en de fysiotherapeut.

Vrijwel al mijn patiënten wonen in de gemeente Roden. De praktijk ligt voor het grootste deel binnen het werkgebied van het ziekenfonds Drenthe-Noord Overijssel. Ongeveer 85% van mijn ziekenfondspatiënten is aangesloten bij dit ziekenfonds.

Het ziekenfonds Drenthe-Noord Overijssel heeft in vergelijking met het gemiddelde van alle ziekenfondsen in ons land een laag ver-

Tabel 5 Enkele gegevens over mijn praktijk, alle huisartspraktijken aangesloten bij het ziekenfonds Drenthe-Noord Overijssel en alle ziekenfondspraktijken in Nederland (1975)

	mijn praktijk	ziekenfonds Drenthe-Noord Overijssel alle praktijken	landelijke cijfers
aantal verwijskaarten per 100 verzekerden (exclusief oogheelkunde)	19.3	26.5	36.4
aantal ziekenhuisopnamen per 1000 verzekerden	75	86	108.5
aantal fysiotherapeutische behandelingen per 1000 verzekerden	1293	970	*
totaal bedrag besteed aan genees- en verbandmiddelen per verzekerde	f 58.52	f 54.23	f 71.55

* Landelijke gegevens in dat jaar niet beschikbaar

wijspercentage. Het verwijspercentage in mijn praktijk ligt evenwel in de jaren 1973 tot en met 1977 nog lager. Het aantal fysiotherapeutische behandelingen per 1000 ingeschreven ziekenfondspatiënten was bij mij echter aanzienlijk hoger.

Ter algemene oriëntatie over mijn praktijk zal ik nog enkele gegevens vermelden over 1975, het jaar dat ongeveer midden in de registratieperiode van het retrospectieve deel van deze studie viel (tabel 5).

Vermeld dient nog te worden dat in onze regio de huisarts gebruik kan maken van de diensten van een huisartslaboratorium, en dat hij zowel in het Academisch Ziekenhuis als in de twee confessionele ziekenhuizen in Groningen - het Diaconessenhuis en het Rooms-Katholieke ziekenhuis - röntgenfoto's kan laten maken.

8.3 MIJN BELEID IN DE PRAKTIJK EN BIJ DE PATIËNT MET LAGE RUGKLACHTEN

1 Algemene praktijkvoering

Uiteraard kan mijn beleid bij de patiënt met rugklachten niet los gezien worden van mijn algemene praktijkvoering. Deze algemene praktijkvoering komt vrijwel geheel overeen met die van de andere collegae in ons dorp en omvat de volgende regels:

- Er wordt alleen spreekuur gehouden volgens afspraak.
- Behoudens spoedgevallen dienen huisbezoeken 's morgens aangevraagd te worden.
- Er wordt getracht de patiënt te motiveren zich, indien medisch verantwoord, te laten onderzoeken op het praktijkadres.

Voor mijn eigen praktijk geldt:

- Er bestaat een ochtend- en middagspreekuur, waarin per uur ongeveer acht patiënten worden gezien.
- Op vier dagen in de week is er een telefonisch spreekuur waarvoor een half uur is gereserveerd. Op dit spreekuur kunnen patiënten voor diverse zaken advies vragen, worden laboratorium- en röntgenuitslagen besproken en kunnen in sommige gevallen gegevens van specialisten worden doorgegeven.

- Indien tijdens een consult blijkt dat de beschikbare tijd onvoldoende is om de aangeboden problematiek adequaat te benaderen, wordt met de patiënt een nieuwe afspraak buiten de spreekuurtijden gemaakt.
- Het is mijn gewoonte bij elk patiëntencontact, zowel tijdens het spreekuur als tijdens het visiterijden de patiëntenwerkkartaat bij me te hebben om daarop de bij de anamnese en onderzoek verkregen bevindingen, de diagnose(s) met eventuele differentieeldiagnose(s) en de therapie te noteren. Ook verrichtingen die waarnemen de collegae doorgeven, worden door mij op deze patiëntenkaarten genoteerd. Alleen de gegevens over afgegeven recepten en telefonische adviezen worden doorgaans niet genoteerd.

2 Mijn handelwijze bij patiënten met lage rugklachten

Wanneer een patiënt met lage rugklachten het spreekuur bezoekt, is mijn handelwijze in grote lijnen de volgende:

Het is mijn gewoonte de patiënt zelf uit de wachtkamer op te roepen zodat ik in staat ben te zien hoe deze zich van zijn plaats verheft, gezien dit voor de beoordeling van de ernst en de aard van de rugpijn van belang kan zijn.

Na een anamnese, waarin naast strikt somatische vragen ook ruimschoots de gelegenheid bestaat aan eventuele actuele psychosociale problematiek aandacht te geven, vraag ik de patiënt, ook al is hij eerder met zijn rugklachten door mij beoordeeld, zich uit te kleden. Onder dit uitkleden wordt verstaan het zich ontdoen van alle kleding en schoeisel behalve de onderbroek en eventuele bustehouder.

Vervolgens wordt hij eerst staande in rust onderzocht waarbij wordt gelet op afwijkende krommingen van de wervelkolom in het sagittale of frontale vlak, de stand van het bekken, de stand van de schouders, de stand van de knieën en de vorm van de voeten. Daarna moet de patiënt zich met gestrekte knieën bukken, achterover buigen, zijwaarts buigen en in de romp roteren. De patiënt wordt geïnstrueerd zowel in ruststand als bij het bewegen zo nauwkeurig mogelijk aan te wijzen waar hij de pijn voelt. Tijdens het flecteren, extenderen, lateroflecteren en roteren van de thoracolumbale wervelkolom let ik met name op afwijkingen van het normale bewegingspatroon.

Door middel van palpatie probeer ik een indruk te krijgen van de tonus en de pijngevoeligheid van bepaalde spiergroepen.

Daarna vraag ik de patiënt op de onderzoektafel te gaan liggen. Alleen al de manier waarop hij dit doet kan veelzeggend zijn. Achtereenvolgens doe ik nu de proef van Lasègue, een eenvoudig oriënterend neurologisch onderzoek en in sommige gevallen een uitvoeriger onderzoek zoals dat in hoofdstuk 4.1 (pagina 38) reeds is beschreven. Meestal verricht ik ook nog een functieonderzoek van beide heupgewrichten.

Na afloop van het eigenlijke onderzoek kan de patiënt zich weer aankleden. Ook het van de onderzoektafel afkomen en het zich aankleden geven weer een aanwijzing voor de ernst van en de functiebeperking door de rugklachten.

Na het lichamelijk onderzoek probeer ik in een gesprek in de spreekkamer de patiënt zo goed mogelijk uit te leggen wat ik denk van zijn rugpijn. Alleen op verzoek van de patiënt worden analgetica voorgeschreven, tenzij er sprake is van een ischialgie zonder duidelijke aanwijzingen voor een hernia nuclei pulposi, in dat geval neem ik nogal eens het initiatief de patiënt te behandelen met een combinatie van een antireumaticum en een preparaat uit de vitamine-B-reeks.

Behalve wanneer er duidelijke aanwijzingen zijn voor een radiculair syndroom, schrijf ik nooit bedrust voor. Alleen wanneer de patiënt aangeeft vanwege de pijn niet te kunnen zitten of staan en zelf om bedrust vraagt, ga ik daar schoorvoetend mee accoord maar ik adviseer hem dan wel dit zo kort mogelijk te doen.

Wanneer de patiënt mij vraagt of hij zijn werk (normaal) kan blijven doen, probeer ik zo goed mogelijk, rekening houdend met de aard van het beroep van de patiënt, een advies te geven.

In principe wordt er voor rugklachten nooit een vaste revisiedatum afgesproken. Ik adviseer de patiënt terug te komen indien de klachten niet verbeteren of een ongunstige wending nemen. Het initiatief wordt dus bij de patiënt gelegd.

Röntgenfoto's van de thoracolumbosacrale wervelkolom vraag ik aan bij een persisteren van de klachten, bij ongerustheid van de patiënt en soms bij ongerustheid van mijzelf, met name wanneer ik denk aan de mogelijkheid van een belangrijke organische afwijking. In zijn algemeenheid vertel ik de patiënt dat 'alles in orde is' wanneer de bevindingen op de röntgenfoto's irrelevant blijken voor de klachten.

Wanneer de foto's afwijkingen laten zien die belangrijk zijn voor de verklaring van de rugklachten, geef ik de patiënt tekst en uitleg hierover. Door de röntgenoloog beschreven degeneratieve afwijkingen van de wervels en hun bijbehorende structuren vertaal ik naar de patiënt toe meestal in 'veranderingen die bij de meeste mensen op uw leeftijd voorkomen en geen kwaad kunnen'. In de regel probeer ik van de uitslag van röntgenfoto's een positief, geruststellend effect te laten uitgaan.

Vooral bij de recidiverende, meer langdurige rugklachten en houdingsafwijkingen roep ik veelvuldig de hulp van de fysiotherapeut in. Veelal vraag ik een röntgenfoto van het caudale gedeelte van de wervelkolom aan voordat de patiënt de eerste keer de fysiotherapeut bezoekt. Met name gebeurt dit om ernstige afwijkingen zo veel mogelijk uit te sluiten. De fysiotherapeut wordt hetzij mondeling hetzij schriftelijk door mij op de hoogte gesteld van de klinische bevindingen en de uitslag van de röntgenfoto. Nadat de patiënt in behandeling is genomen, vindt regelmatig werkoverleg met de fysiotherapeut plaats.

Het verwijzen van rugpatiënten naar medische specialisten probeer ik tot een minimum te beperken. Alleen wanneer er een duidelijke reden bestaat en ik van mening ben dat het de enige manier is om verder te komen, wordt een verwijzing tot stand gebracht. In zo'n geval probeer ik een duidelijke verwijsbrief te schrijven met een gerichte vraagstelling aan de specialist. Door zó te verwijzen tracht ik te voorkomen dat de patiënt langer dan nodig onder specialistische behandeling blijft.

8.4 DE PATIËNT MET LAGE RUGKLACHTEN

A Vraagstellingen 1, 2 en 3

A.1 *Inleiding en formulering van de vraagstellingen*

Om mijn indruk dat ik vaak met lage rugklachten werd geconfronteerd te bevestigen, was ik geïnteresseerd in het aantal patiënten dat

mij gedurende de voorafgaande jaren met deze klachten had geconsulteerd.

Verder was ik nieuwsgierig naar enkele kenmerken van deze groep patiënten. De patiëntenwerkkaarten konden mij hierover informatie verschaffen, omdat hierop immers relevante gegevens van de patiënten stonden genoteerd, zowel notities die betrekking hadden op de klacht als biografische gegevens van de patiënt.

De eerste vraagstelling kan als volgt worden geformuleerd:

1. – *Welke patiënten hebben zich in de loop van een aantal jaren met lage rugklachten tot mij gewend en hoeveel waren het er?*

Ik had de indruk dat bepaalde patiënten, die mij éénmaal voor hun rug hadden geconsulteerd, dit bleven doen. Om welke groep patiënten het ging was me niet duidelijk. Waren het patiënten van een bepaalde leeftijd? Waren het vooral mannen? Werden bij deze patiënten andere diagnoses gesteld en andere therapieën voorgeschreven dan bij de patiënten die mij minder vaak voor hun rugklachten consulteerden? Waren het patiënten uit de lagere of hogere sociale milieus? Waren het patiënten met een uitgebreide medische voorgeschiedenis op 'ruggebied'?

Uiteraard zou deze rij vragen uitgebreid kunnen worden.

Dit alles leidde tot de volgende vraagstelling:

2. – *Zijn er verschillen - zo ja, welke - tussen patiënten met lage rugklachten die een arts daarvoor blijven consulteren en die dat niet doen?*

Het zoeken naar antwoorden op vraagstelling 2 kan belangwekkende gegevens opleveren; veel meer dan constateringën zijn het echter niet. Voor de behandelende arts zijn aanwijzingen die reeds bij een eerste arts-patiëntcontact een voorspelling mogelijk maken of de patiënt de dokter met deze klacht zal blijven consulteren, van grotere praktische waarde. Op deze manier zouden we als huisarts in staat zijn al in een vroeg stadium aan bepaalde zaken extra aandacht te besteden waardoor mogelijk een geprotaheerd ziekteverloop zou kunnen worden voorkomen. Het accent van onze bemoeienissen met de patiënt zou dan meer op de secundaire preventie dan op de 'curatie' komen te liggen.

Hoewel lage rugpijn vrijwel nooit een klacht is die het leven van de mens bedreigt, zou het toch alleen al uit psychosociale en sociaaleconomische overwegingen wenselijk zijn wanneer we van rugpijnpatiënten 'risicofactoren' zouden kennen, opdat ook bij deze klacht preventief kan worden gewerkt.

De van bovenstaande overwegingen afgeleide vraagstelling luidt als volgt:

3. – *Levert informatie betreffende een patiënt met lage rugklachten bij een eerste contact met de huisarts gegevens op die een voorspelling omtrent het ziekteverloop mogelijk maken?*

A.2 De verwerking van de gegevens

— registratieperiode en selectiecriteria

Hoewel een prospectief onderzoek in het algemeen de voorkeur verdient boven een retrospectief onderzoek, omdat men bij de laatstgenoemde vaak op een tekort aan gegevens stuit en de criteria niet van tevoren zijn vastgelegd, kozen wij voor de beantwoording van de vragenstellingen 1, 2 en 3 toch voor een retrospectieve benadering. Wij deden dit om te voorkomen dat ik 'als arts' in mijn omgaan met de patiënten beïnvloed zou worden door de 'wetenschappelijke onderzoeker' die ik tegelijkertijd zou zijn.

Het doen van een wetenschappelijke studie door een zelf registrerende huisarts geeft, wanneer dit onderzoek prospectief wordt uitgevoerd en vooral wanneer het langere tijd duurt, een vertekend beeld van de realiteit. Ook de patiënt zal merken dat zijn huisarts anders, wellicht uitvoeriger, ondervraagt en onderzoekt; de kans is dan groot dat de patiënt zich bij zo'n huisarts anders gaat gedragen. Er wordt een situatie geschapen waarin een atypische dokter een atypische patiënt onderzoekt met als gevolg dat het onderzoek zelf invloed zal hebben op de resultaten ervan. En tenslotte kan zelfs de gehele patiëntenpopulatie beïnvloed worden door het onderzoek. Immers in een dorp raakt vrij snel bekend dat de dokter geïnteresseerd is in een bepaalde klacht en daardoor zullen mogelijk andere en meer patiënten dan normaal hem bezoeken met die klacht.

Al deze redenen tezamen deden ons besluiten de gegevens over de

patiënten met lage rugklachten tot aan 1 december 1977 te verzamelen aanzien mijn idee om onderzoek te gaan doen naar patiënten met die klachten ongeveer eind 1977 ontstond.

Als begindatum voor het onderzoek kon worden gekozen 1 december 1972, daar ik toen na een inwerkperiode de praktijk overnam. Alle gegevens op de patiëntenwerkkaarten werden vanaf die datum geanalyseerd. Theoretisch gezien is de periode 1 december 1972 - 1 december 1977 de maximale registratieduur van deze studie.

Op de medische werkkaarten van al mijn patiënten ging ik na of ze in deze vijf jaren contact met mij hadden gehad.

Patiënten die voldeden aan de volgende kenmerken vielen binnen het onderzoek:

- De patiënt moest vijftien jaar of ouder zijn op het moment dat hij mij de eerste keer voor lage rugklachten consulteerde.
- Op de patiëntenkaart moest genoteerd zijn dat de patiënt lage rugklachten had waarvoor hij mij (of de waarnemer) consulteerde.
- De patiënt moest mij (of de waarnemer) minimaal één jaar voor het einde van de registratieduur (dus vóór 1 december 1976) de eerste keer voor lage rugklachten hebben geconsulteerd.

Nu is het patiëntenbestand van een huisarts aan veranderingen onderhevig. Wanneer patiënten verhuizen worden hun gegevens overgedragen aan de nieuwe huisarts; ook de kaarten van patiënten die overleden zijn, worden uit het kaartstelsel genomen. Voor een retrospectief onderzoek als het onze is dat een complicerende factor. De kaarten van patiënten die mij in de periode 1972-1977 geconsulteerd hadden voor hun rugklachten en die op het moment van de analyse (medio 1979) waren verhuisd, konden niet meer achterhaald worden. Aan de hand van het gemeentegidsje van Roden (jaarboek 1979) kon berekend worden dat in de periode 1972-1977 procentueel gezien jaarlijks ongeveer 4.7% van het totaal aantal inwoners de gemeente Roden verlaat. We mogen aannemen dat dit migratiepercentage ook voor mijn praktijkpopulatie geldt en moeten er bij de presentatie van de gegevens over de totale onderzoekgroep rekening mee houden.

Weliswaar waren de gegevens van alle overleden patiënten door mij bewaard, maar er was geen systematische registratie van bijgehouden. Met de hulp van een ambtenaar van de burgerlijke stand kon echter nog worden nagegaan hoeveel patiënten uit mijn praktijk in de registratieperiode van het onderzoek waren overleden. Van een klein aantal overledenen tenslotte had ik de patiëntenkaarten en de brieven niet meer in mijn bezit. Het betrof patiënten die destijds opgenomen waren in een verpleegtehuis. De medische gegevens van deze patiënten waren opgestuurd naar de behandelend arts aldaar. Na overlijden bleven dan deze gegevens in het archief van deze instelling.

De kaarten van de overledenen die wel in mijn bezit waren, werden door mij gescreend op het voorkomen van lage rugklachten. Alhoewel het hierbij om een klein aantal ging, is het van belang deze groep patiënten wel te noemen en te beschrijven omdat anders wellicht een verkeerde indruk wordt verkregen van rugpijnleiders in het algemeen.

Ter verduidelijking een praktijkvoorbeeld.

Een zestigjarige man bezocht mij met pijnklachten ter hoogte van de vierde lumbale wervel. Op de door mij aangevraagde röntgenfoto's werd een osteolytisch proces gezien, waarschijnlijk berustend op een metastase. Door middel van een rectaal touché en verdere diagnostiek kon de diagnose gemetastaseerd prostaatacarcinoom worden gesteld. Een half jaar later overleed deze man aan de gevolgen van een ernstig verkeersongeval.

Deze patiënt behoorde ten tijde van de bewerking van de kaarten niet meer tot mijn actuele patiëntenbestand. Wanneer zo'n ziektegeval niet zou worden beschreven, dan zou de indruk kunnen ontstaan dat eerste-lijns werkers alleen maar geconfronteerd worden met goed-aardig verloopende aandoeningen van het lumbosacrale gebied.

Voor het verwerken van de patiëntengegevens op de kaart werd gebruik gemaakt van een lijst.

Zes keer is er een proefonderzoek verricht waarbij steeds weer veranderingen moesten worden aangebracht.

Uiteindelijk ontstond er een lijst, zo men wil codelijst, met 102 variabelen (zie de bijlage, pagina 320). Het coderen van de notities op de patiëntenkaarten werd verricht door mijzelf. Ik maakte daarbij gebruik van voor de computer optisch leesbare formulieren.

— indelingscriteria en termen

Gezien de aard van de vraagstellingen 2 en 3, was het noodzakelijk binnen de geselecteerde groep patiënten met lage rugklachten een onderverdeling tot stand te brengen.

Als indelingscriterium hanteerden wij de factor tijd en het aantal directe contacten voor de lage rugklachten tussen huisarts - en eventueel specialist(en) - en de patiënt. De bestudering van de medische gegevens ving steeds aan bij het moment dat ik de patiënt in de periode 1972-1976 voor de eerste keer met deze klachten zag.

Wij voerden het begrip 'aaneengesloten periode' of 'blok' in, waaronder we verstaan een tijdsperiode die aanvangt op de datum van het eerste huisarts-patiëntcontact en waarvan de duur wordt bepaald door de datum van het laatste arts-patiëntcontact, dat steeds binnen een jaar na het vorige arts-patiëntcontact moest vallen. Tot de aaneengesloten periode of het blok behoren dus alle contacten van een patiënt met een arts over zijn rugklachten die telkens binnen een jaar na elkaar vielen. Verliep er tussen twee contacten meer dan een jaar, dan behoorde het laatste contact niet meer tot het blok.

De aaneengesloten periode kan minimaal uit één contact bestaan (duur nul dagen) en maximaal uit de hele registratieperiode (zie voorbeelden 1, 2 en 3).

registratieduur onderzoek van 1-12-1972 tot 1-12-1977



- ⊙ = eerste huisarts-patiëntcontact voor lage rugklachten
- = vervolcontacten voor lage rugklachten tussen huisarts/specialist en de patiënt
- ↔ = aaneengesloten periode of blok

voorbeeld 1:



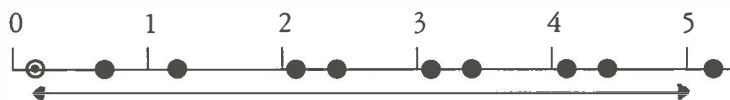
Het tweede arts-patiëntcontact vond plaats binnen een jaar na het eerste huisarts-patiëntcontact. Het derde contact vond weer plaats binnen een jaar na het tweede. Het vierde contact viel op een tijdstip dat meer dan een jaar na het derde lag en werd dan ook niet tot het blok gerekend. De aaneengesloten periode bevat in dit voorbeeld drie arts-patiëntcontacten en duurt ongeveer negen maanden.

voorbeeld 2:



Hier vond het tweede contact plaats op een tijdstip dat meer dan een jaar na het eerste huisarts-patiëntcontact viel. Het blok bevat hier dan ook één contact en duurt nul dagen.

voorbeeld 3:



Bij deze patiënt vonden na een eerste huisartscontact nog verscheidene contacten plaats. Ieder volgend contact viel steeds binnen een jaar na het vorige en behoort dus tot het blok. Aangezien de registratieduur van ons onderzoek eindigt op 1 december 1977, valt het negende vervolcontact buiten de studie en werd dan ook niet meegeteld. In dit voorbeeld loopt het blok door tot 1 december 1977. Het blok bevat in dit voorbeeld negen arts-patiëntcontacten en duurt bijna vijf jaar.

We stellen bij deze indeling dat wanneer iemand binnen een jaar weer voor zijn lage rugklachten terugkomt, dat contact nog te maken heeft met het vorige. Bij een tijdsinterval van meer dan een jaar wordt aangenomen dat het laatste contact niets meer te maken heeft met het vorige.

Uiteraard is deze grens van één jaar arbitrair en kunstmatig. We kozen voor deze grens van één jaar omdat die ook in onze sociale wetgeving wordt gehanteerd bij mensen die langdurig met ziekteverlof zijn. De in het kader van de Algemene Arbeidsongeschikt-

heidswet (AAW) en/of de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) geregelementeerde afkeuringsprocedures vangen veelal pas aan wanneer iemand een jaar arbeidsongeschikt is geweest.

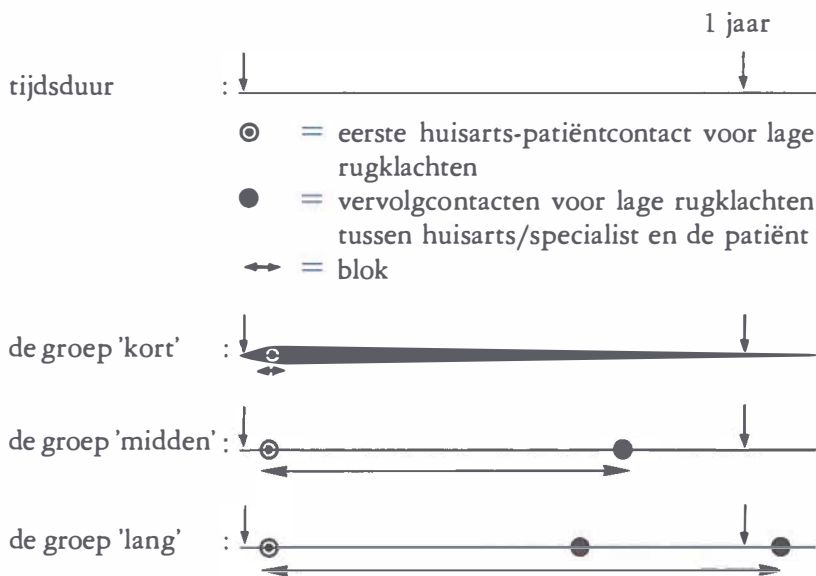
Met behulp van de bovengenoemde indelingscriteria werden drie groepen patiënten onderscheiden, te weten:

De groep 'kort', die bestaat uit patiënten die vanwege hun lage rugklachten slechts één keer met mij in contact kwamen en voor deze klacht binnen een jaar niet opnieuw een contact hadden met mij en/of een specialist.

De groep 'midden', die bestaat uit patiënten die meer dan één keer vanwege hun lage rugklachten in contact kwamen met mij en eventueel een specialist en bij wie het blok korter is dan een jaar.

De groep 'lang', die bestaat uit patiënten die meer dan twee keer vanwege hun lage rugklachten in contact kwamen met mij en eventueel een specialist en bij wie het blok langer dan of gelijk aan een jaar is.

In schema kunnen deze drie patiëntengroepen als volgt worden weergegeven:



* Meer arts-patiëntcontacten in een blok zijn mogelijk.

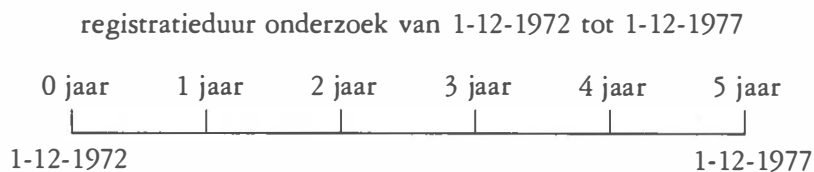
Alle door mij gecodeerde patiënten moesten dus in één van deze drie groepen terecht komen.

Het zal nu ook duidelijk zijn dat één van de selectiecriteria voor mijn patiënten moest luiden: 'de patiënt moet mij minimaal één jaar voor het einde van de registratieduur, de eerste keer voor lage rugklachten hebben geconsulteerd.' In concreto betekent dit dat het eerste contact tussen mij en de patiënt moest hebben plaatsgevonden voor 1 december 1976 omdat de registratieduur van onze studie eindigde op 1 december 1977. Wanneer dit selectie criterium niet zou worden toegepast, dan bestond de mogelijkheid dat een patiënt ten onrechte in de groep 'kort' of 'midden' zou worden ingedeeld in plaats van in de groep 'lang'.

Tenslotte voerden we het begrip 'nageschiedenis' in.

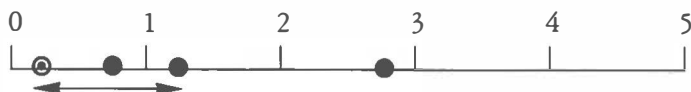
Indien een contact voor lage rugklachten meer dan een jaar na het vorige contact plaatsvond, maar nog wel viel binnen de registratieperiode van dit onderzoek, dan werden de gegevens ervan opgenomen en verwerkt in de rubriek 'nageschiedenis' om te voorkomen dat eventueel relevante informatie verloren zou gaan.

In schema kan dit als volgt worden weergegeven:



- ⊙ = eerste huisarts-patiëntcontact voor lage rugklachten
- = vervolgcontacten voor lage rugklachten tussen huisarts/specialist en de patiënt
- ↔ = blok

voorbeeld:



Het derde vervolgcontact vond meer dan een jaar na het vorige plaats en valt dus niet in het blok. De gegevens van dit contact werden opgenomen in de 'nageschiedenis'.

Voor een gedetailleerde toelichting op het gebruik van de codelijst voor de analyse van het patiëntenkaartenbestand wordt verwezen naar de bijlage, pagina 320.

A.3 De beantwoording van vraagstelling 1

Welke patiënten hebben zich in de loop van een aantal jaren met lage rugklachten tot mij gewend en hoeveel waren het er?

— aantal en enkele biografische gegevens

In een tijdsbestek van vier jaar - 1 december 1972 tot 1 december 1976 - werden in mijn praktijk 380 patiënten door mij gezien voor lage rugklachten. Dit was ongeveer 20% van alle tot mijn praktijk behorende patiënten in de leeftijd van vijftien jaar en ouder.

Verdeeld over deze vier jaar waren er 87 eerste contacten in 1973, 104 in 1974, 92 in 1975 en 89 in 1976; dit betekent dat jaarlijks ongeveer 5% van alle patiënten van vijftien jaar en ouder mij voor de eerste keer consulteerde voor lage rugklachten.

Eén en ander kwam neer op een incidentie van 50, of anders gezegd: in de jaren 1972-1976 zag ik twee nieuwe rugpijnpatiënten per week. Deze incidentie is vergeleken bij andere studies hoog. Zo vonden Logan en Cushion (1958) 21.4 nieuwe patiënten met rugpijn per jaar per 1000 personen; Oliemans (1969a) ongeveer 10 per 1000; een groot aantal huisartsen in Engeland (Morbidity Statistics from General Practice 1974) 27.8 nieuwe patiënten met rugpijn per 1000. Deze studies hadden betrekking op personen van alle leeftijden. Ook de Continue Morbiditeitsregistratie Nijmegen (1971-1977) kwam tot een lagere incidentie, namelijk in de leeftijd van 20-64 jaar voor mannen 24.3 per 1000 en voor vrouwen 15.7 per 1000. De verklaring voor de genoemde verschillen is mogelijk gelegen in het feit dat wij lage rugklachten anders definieerden dan andere onderzoekers. Zo waren in ons onderzoekmateriaal ook mensen opgenomen die ik zag in verband met een door de patiënt of zijn familie geuite verontrusting over een (vermeende) houdingsafwijking in het thoracolumbo-sacrale gebied.

Steeds moeten we er bij de interpretatie van deze incidentiecijfers ook rekening mee houden dat het alleen gaat om die mensen die zich

met hun rugklachten tot de huisarts hebben gewend ('loketonderzoek'). Men zal er volgens Philipsen (1973) voortdurend voor moeten oppassen de wereld niet gelijk te stellen aan het stukje wereld dat aan het 'loket' gezien wordt.

Lage rugpijn komt in de bevolking veel voor (Van der Heide 1959, Hirsch e.a. 1969, Wagenhäuser 1969, Nagi e.a. 1973, Pedersen 1975 en Haanen e.a. 1977), maar slechts een klein deel van de mensen die aan deze klacht lijden gaat ermee naar de huisarts.

Dat eerste-lijnsartsen van de meeste klachten en kwalen slechts een deel onder ogen krijgen, werd reeds aangetoond door J. en E. Horder (1954). De bevindingen van deze onderzoekers zijn nadien in talrijke studies bevestigd. Zoals Van der Velden (1973) reeds signaleerde, zijn de meeste van die studies niet gebaseerd op een gelijktijdig onderzoek naar de gepresenteerde (dat wil zeggen de aan de arts bekende) morbiditeit en de niet-gepresenteerde ('verborgen') morbiditeit. Iemand die wel een dergelijk onderzoek deed, was de huisarts Folmer (1968). Met behulp van een vragenlijst stelde hij vast bij hoeveel mensen in zijn district lage rugpijn voorkwam en vergeleek dit aantal met het aantal patiënten dat hem hiervoor consulteerde. Hij kwam tot de conclusie dat van alle mensen die zeiden lage rugpijn te hebben, ongeveer éénvijfde deel hem consulteerde.

Haanen e.a. (1977) deden een epidemiologisch onderzoek onder de bevolking van Zoetermeer en toonden daarbij aan dat rugklachten ten tijde van het onderzoek voorkwamen bij 24% van de mannen en 32% van de vrouwen in de leeftijd van 20-64 jaar.

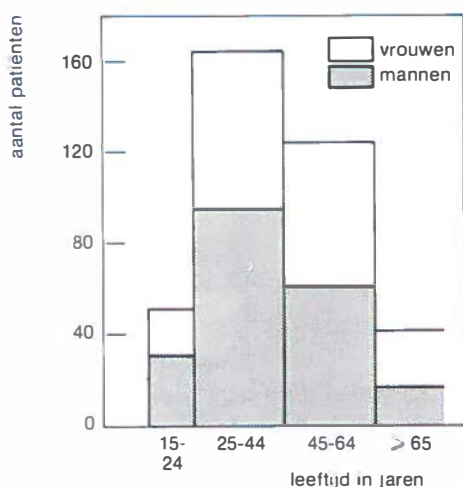
Als er in Roden evenveel rugklachten zouden zijn als in Zoetermeer en wanneer we, hoewel er uiteraard verschillen zijn tussen de bevolking en de leefomstandigheden in beide gemeenten, de gegevens van het onderzoek van Haanen e.a. ook zouden laten gelden voor de bij mij ingeschreven patiënten, komt het erop neer dat ik jaarlijks ongeveer éénvijfde deel zag van de mensen die lage rugklachten hebben.

Als huisarts zien we dus slechts de top van de ijsberg. Bij het grootste aantal rugpijnlijders verdwijnen de klachten blijkbaar spontaan of misschien gaan ze naar een alternatieve genezer, vragen advies aan een bekende, nemen huismiddeltjes of wachten af. Waarom de ene mens er voor kiest zijn huisarts te bezoeken en de andere niet, hangt,

behalve van de aard en de ernst van de klacht, ook af van een groot aantal andere factoren. Zo konden Brouwer en Touw-Otten (1974) aantonen dat 88% van de patiënten van vijftien jaar en ouder die hun huisarts bezochten, naast de klacht(en) en/of verschijnselen één of meer bijkomende motieven noemde die aanleiding waren tot het consult. Het belangrijkste bijkomende motief was dat zij het klachtenbeloop als ongewoon ervoeren waardoor angst, ongerustheid en onzekerheid ontstonden.

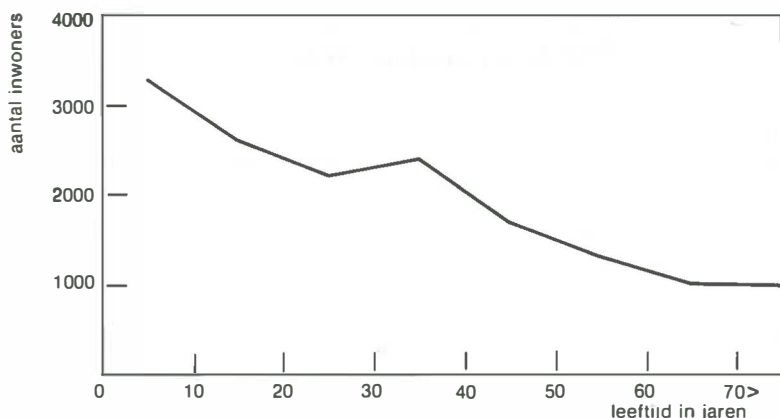
Het is bekend dat veel mensen die lage rugklachten hebben, deze klachten niet als bedreigend ervaren omdat zij niet aan een ernstige oorzaak denken en daarom verbaast het ons niet dat zo weinig van deze mensen hun huisarts hiervoor consulteren.

In figuur 11 is te zien uit welke leeftijdsgroepen mijn mannelijke en vrouwelijke rugpatiënten afkomstig zijn.

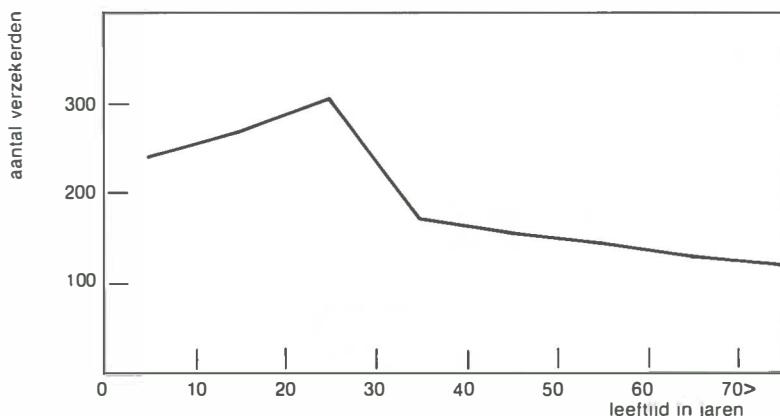


Figuur 11 De leeftijds- en geslachtsverdeling van 380 patiënten met lage rugklachten

In totaal werden 204 mannen en 176 vrouwen door mij gezien. Uit figuur 11 komt naar voren dat zowel bij de mannen als bij de vrouwen de meeste patiënten afkomstig zijn uit de leeftijdsgroepen van 25-44 en 45-64 jaar en wel ongeveer twee keer zoveel als uit de groep 15-24 jaar en de groep 65-plussers.



Figuur 12 De inwoners naar leeftijd van de gemeente Roden op 1 januari 1975 (N=15789)



Figuur 13 De leeftijdsverdeling van de bij het ziekenfonds D.P.Z. verzekerden uit mijn praktijk op 31-12-1975 (N=1532)

In vergelijking tot de leeftijdsopbouw in de gemeente Roden en in mijn ziekenfondspraktijk (figuur 12 en figuur 13) blijken de jongste en oudste leeftijdsgroep ondervertegenwoordigd te zijn. Dit betekent dat patiënten in de leeftijd van 15-24 jaar en 65 jaar en ouder mij minder vaak voor hun rug consulteerden dan patiënten uit de andere leeftijdsgroepen.

Bij de mannen zijn de jongste twee leeftijdsgroepen relatief gezien sterker vertegenwoordigd dan bij de vrouwen.

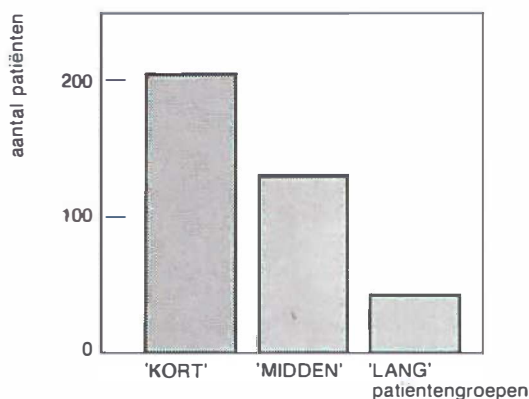
De verkregen gegevens komen overeen met die van Ward e.a. (1968) die bij beide geslachten lage getallen vonden in de groepen 15-24 en 65 jaar en ouder, terwijl in de groep 25-64 jarigen deze getallen meer dan twee keer zo hoog waren.

Oliemans (1969a) zag verreweg de meeste rugpijnpatiënten uit de leeftijdsgroepen 15-44 en 45-65 jaar. Ook de Continue Morbiditeitsregistratie Nijmegen (1971-1977) vond bij de 20-64 jarigen een incidentie die veel hoger lag dan bij de andere leeftijdsgroepen. In een later verricht onderzoek van Oliemans (1979) vond hij dat het vooral ging om mensen uit de jongere leeftijdsgroepen (20-30 en 30-40 jaar).

— kenmerken

.. 'consultatiegedrag'

Figuur 14 geeft aan hoe vaak en met welk tijdsinterval de patiënten met lage rugklachten mij of de specialist consulteerden.



Figuur 14 De verdeling naar 'consultatiegedrag' van 380 patiënten met lage rugklachten

Hieruit valt af te leiden dat meer dan de helft van de patiënten na het eerste contact mij of een specialist binnen een jaar niet opnieuw consulteerde.

Slechts 43 patiënten - 11.3% van de totale onderzoekpopulatie - behoorden tot de groep 'lang'. Deze groep 'lang', die we wel als de

meest 'ernstige' mogen beschouwen, blijkt dus - in tegenstelling tot wat ik had gedacht - relatief klein te zijn.

Ook andere onderzoekers hebben getracht een indruk te krijgen hoe vaak patiënten met rugklachten worden teruggezien. Zo vond Van Meurs (1968) dat 27 van de 100 patiënten hem binnen de drie en een half jaar niet opnieuw consulteerden voor dezelfde klacht. Dillane e.a. (1966) toonden aan dat 44.6% van de patiënten binnen vier jaar een recidief had. Tenslotte komt uit een onderzoek van Oliemans (1979) naar voren dat 51% van de rugpijnpatiënten maar één keer voor deze kwaal door de huisarts werd gezien. Hoewel het qua opzet twee volledig verschillende studies betreft, komen de bevindingen van Oliemans overeen met de mijne.

In de aaneengesloten periode zag de patiënt mij gemiddeld 2.3 keer. Als we de specialistische consulten meerekenen, dan hadden de 380 patiënten van ons onderzoek gemiddeld 2.6 maal een contact met een arts voor hun lage rugklachten. Dit betekent dat van alle contacten voor rugklachten, die er tussen patiënt en arts plaatsvonden, ongeveer 13% voor rekening kwam van de specialist en ongeveer 87% voor rekening van mij als huisarts.

.. 'voorgeschiedenis'

Om een indruk te geven wat er met de 380 patiënten op medisch gebied was gebeurd, voordat ze mij de eerste keer met rugklachten tijdens de registratieperiode van dit onderzoek consulteerden, keek ik de werkkaarten na op gegevens uit die periode.

Van 148 patiënten werden aantekeningen gevonden die van belang leken.

Enkele kenmerken van deze 148 patiënten zal ik noemen (tabel 6). In totaal kon bij de 148 patiënten 230 keer een kenmerk uit de 'voorgeschiedenis' worden gecodeerd. In 83 gevallen ging het om één rubriek per patiënt: 45 patiënten waren 'psychisch belast' en 28 patiënten hadden voor hun rugklachten alleen contact met de vorige huisarts gehad. In 65 gevallen was er sprake van meer dan één rubriek per patiënt: verreweg de belangrijkste was die groep patiënten die voor hun rugklachten zowel door de vorige huisarts als door de specialist was gezien; het betrof 32 patiënten.

Tabel 6 Enkele kenmerken van 148 patiënten met een belaste 'voorgeschiedenis'.		
— De patiënt heeft al eerder rugklachten gehad, waarvoor de vorige huisarts is geconsulteerd.		88
— De patiënt heeft rugklachten gehad waarvoor in het verleden een orthopaedisch chirurg, een neuroloog, een neurochirurg, een revalidatie-arts of een reumatoloog is geconsulteerd.		47
— De patiënt heeft een hernia nucleï pulposi operatie ondergaan.		4
— Er is een andere operatie aan de rug geweest.		1
— Via klinisch of poliklinisch onderzoek bij een 'niet-rug' specialist of een keuring is de patiënt geattendeerd op een afwijking of een aandoening van de rug.		11
— De patiënt is frequent op het spreekuur geweest met vage, functioneel aandoende klachten en/of heeft regelmatig psychofarmaca voorgeschreven gekregen en/of heeft een psychiater bezocht.		61
— Er zijn bestaande aandoeningen van het locomotorische apparaat en/of er zijn ingrepen verricht aan de heup(en) en/of onderste extremiteiten, die het looppatroon in erg ongunstige zin beïnvloeden.		10
— Er is minder dan drie maanden voor het eerste contact voor lage rugklachten een trauma geweest waarbij de rug van de patiënt betrokken was.		8

De gegevens uit de voorgeschiedenis spreken eigenlijk bijna alle voor zichzelf, op één na: de rubriek 'via klinisch of poliklinisch onderzoek bij een 'niet-rug' specialist of een keuring is de patiënt geattendeerd op een afwijking of een aandoening van de rug.'

Vooraf bij medische keuringen kan een uitlating van de onderzoekende arts over gevonden afwijkingen van de norm, gedaan in tegenwoordigheid van de betrokkene, veel gewicht krijgen. Het is goed te bedenken dat een verkeerd geplaatste opmerking later moeilijk kan worden gecorrigeerd. Dit geldt vooral voor mensen met vormafwijkingen van de rug, die hier geen enkele last van hebben. Wanneer bij een keuring een röntgenfoto wordt gemaakt van de wervelkolom, dreigt er bovendien een onjuiste overwaardering van de bevindingen, waardoor iemand zich een invalide kan gaan voelen.

p.n.* 287 De heer Y., 28 jaar, zonder rugklachten in de anamnese, werd op verzoek van een keurende arts gezien door een internist voor een screenend onderzoek. Deze keuring vond plaats omdat de patiënt zich als vrijwilliger aanmeldde bij een plaatselijk dienstverlenend instituut. In zijn familie was het dienen bij dit instituut een traditie.
De internist liet onder andere röntgenfoto's maken van de thoracale en lum-

bale wervelkolom. Op deze foto's waren alleen aanwijzingen voor een zeer lichte morbus Scheuermann gezien. De eerdergenoemde keuringsarts vond deze 'afwijkingen' op de X-foto een reden om patiënt af te keuren. De teleurstelling van de heer Y. was nauwelijks in woorden uit te drukken. Hij voelde zich nu een 'kneus' en dacht binnen de dorpsgemeenschap gestigmatiseerd te zullen worden als iemand met een rugafwijking. Samen besloten de patiënt en ik het 'Salomons oordeel' te vragen van een orthopaedisch chirurg. Deze collega schreef mij: 'Vanuit orthopaedisch standpunt kan deze rug aan zeer hoge eisen voldoen, met name ook al door de zeer goed ontwikkelde musculatuur. Er lijkt geen bezwaar te bestaan deze man goed te keuren.' Hoewel dit voor deze man een enorme opluchting betekende, zag ik hem na deze affaire enkele keren voor lage rugklachten terug.

* p.n. = patiëntnummer

.. diagnosegroepen

Toen ik mijn patiëntenkaarten bestudeerde, werd duidelijk hoe gevarieerd ik de lage rugklachten van een 'diagnostisch' etiket had voorzien. Naast een beschrijving van de lokalisatie van de pijn werd ook vaak de aard, de duur en de intensiteit ervan weergegeven.

Een analyse van 100 eerste arts-patiëntcontacten leverde op mijn werkkaarten de volgende 'diagnostische' gegevens op:

Myalgie, lumbago, myogeen, myalgiform, spit, hypertone rugspieren, hypermyalgie, spierknobbel, hypertone musculatuur, stijve spieren, spiercontusie; ischialgie, ischias, sensibiliteitsstoornissen, proximale ischialgie, waarschijnlijk recidief HNP, doof prikkelend gevoel in been, de Lasègue positief bij 60°, gestoorde reflexen aan de benen, atrofie M. quadriceps, neuralgie van de N.ischiadicus; torsie-scoliose, versterkte lendelordose, versterkte thoracale kyfose, verstreken lordose, scoliose, slechte houding, dubieuze scoliose, niet-structurele scoliose, rugscheefstand, bekkenscheefstand, beenlengteverschil, genua valga, plat-spreidvoeten en pedes plani.

Ter wille van de overzichtelijkheid hebben we geprobeerd deze grote verscheidenheid aan diagnostische beschrijvingen onder te brengen in enkele diagnosegroepen. Allerlei indelingen waren mogelijk. Uit pragmatische overwegingen werd gekozen voor een indeling die wij grotendeels ontleenden aan de morbiditeits-classificatielijst, die door het Nederlands Huisartsen Genootschap voor huisartsen is ontwik-

keld. Deze lijst is ontleend aan de zogenaamd Engelse E-lijst (genoemd naar Eimerl 1960), die in gebruik is bij het 'Royal College of General Practitioners', en bevat dezelfde achttien hoofdstukken als de 'International Classification of Diseases' (WHO 1977).

Voor de classificering van lage rugklachten in symptoom- en diagnosegroepen vonden wij in de E-lijst de volgende termen:

- . 168 – ischialgie, exclusief HNP (412)
- . 406 – arthrosis deformans
- . 407 – lumbago, exclusief HNP (412)
- . 408 – fibrositis, myositis en myalgieën
- . 412 – HNP
- . 425 – rugpijn, exclusief lumbago (407), HNP (412), ischialgie (168)
- . 427 – overige symptomen of niet duidelijk te diagnostiseren ziekten uit de groep 'Ziekten van het bewegingsapparaat' (groep XIII), exclusief de myalgieën (408)

Wij stuiten bij deze classificatie op twee problemen:

1e de diagnoses 406, 408 en 427 zijn niet beperkt tot het door ons topografisch vastgelegde 'lage rugklachtengebied'

2e de diagnoses op de werkkaarten waren niet alle onder te brengen in één van de subgroepen van deze E-lijst.

Dit was dan ook de reden dat wij een modificatie en uitbreiding van de bestaande E-lijst maakten. Deze indeling kwam na een proefanalyse van 100 werkkaarten tot stand.

INDELING VAN LAGE RUGKLACHTEN IN DIAGNOSEGROEPEN

1. – ischialgie, ischias
2. – hernia nuclei pulposi, wortelcompressiesyndroom
3. – lumbago, myalgie, myogeen, hypertonie en andere benamingen die gebruikt worden om een nadere aanduiding te geven van een aandoening in het spier- en steunweefsel rond de wervelkolom
4. – statische afwijkingen
5. – degeneratieve aandoeningen van de thoracolumbosacrale wervelkolom
6. – ziekte van Scheuermann of vroeger doorgemaakte Scheuermann
7. – bijzondere aandoeningen
8. – geen diagnose

Een korte toelichting op het gebruik van deze acht groepen zal worden gegeven.

1. ischialgie, ischias

Hieronder worden verstaan sensaties in één of beide benen uitstralend in het verloop van de nervus ischiadicus, waarvan pijn verreweg de belangrijkste is. Het triggerpunt van deze sensaties moet boven de bilplooï liggen. Ook op de kaart vermelde bevindingen die kunnen wijzen op een dysfunctioneren van deze zenuw, worden tot deze groep gerekend.

Bijvoorbeeld: ischias, ischialgie, waarschijnlijk recidief HNP, doof prikkelend gevoel in de achterzijde van het been, Lasègue positief, neuralgie van de nervus ischiadicus, KPR verschil links en rechts, atrofie van de musculus quadriceps.

2. hernia nuclei pulposi, wortelcompressiesyndroom

Eigenlijk gaat het hier om een meer gespecificeerde onderdiagnose van groep 1. Deze diagnose werd in ons retrospectief onderzoek alleen gecodeerd indien de specialist (neuroloog, neurochirurg, orthopaedisch chirurg) die hoogstwaarschijnlijk achtte, of door verder onderzoek (EMG, myelografie, liquoronderzoek) aangetoond had. Wanneer ik, zonder de patiënt verwezen te hebben, een HNP waarschijnlijk vond, werd deze gecodeerd onder 'ischialgie'.

3. lumbago, myalgie, myogeen, hypertonie en andere benamingen die gebruikt worden om een nadere aanduiding te geven van een aandoening in het spier- en steunweefsel rond de wervelkolom

Alle pijnsyndromen die gepaard gaan met pijn paravertebraal, drukpijn paravertebraal, bewegingsbeperkingen en/of pijnlijke bewegingen in het thoracolumbosacrale gebied, worden tot deze groep gerekend. Er mocht geen sprake zijn van een uitstraling van de pijn naar één van beide onderste extremiteiten voorbij de gluteale plooï.

Bijvoorbeeld: myalgiform, spit, hypertone rugspieren, paravertebrale hypertonie, hypermyalgie, spierknobbels, myogelose, hypertone musculatuur, stijve rugspieren.

4. statische afwijkingen

Alle afwijkingen van de vorm, zowel in het frontale als in het sagittale vlak, werden in deze groep opgenomen. Ook de plat- en spreidvoeten vielen erin.

Bijvoorbeeld: beenlengteverschil, bekkenscheefstand, torsie-scoliose, pedes plani, verstreken lordose, hyperlordose, scoliose, thoracale kyfose, slechte houding.

5. degeneratieve aandoeningen van de thoracolumbosacrale wervelkolom

Uiteraard was deze diagnose zonder röntgenfoto moeilijk te stellen. Deze groep werd alleen gecodeerd indien ik door informatie van vroeger wist dat er sprake was van een ernstige spondylose, spondylarthrose en/of discopathie, die in verband moesten worden gebracht met de klachten van de patiënt. Ook wanneer de specialist in zijn brief duidelijk aangaf een samenhang te zien tussen de lage rugklachten en de degeneratieve afwijkingen op de X-foto, werd deze diagnosegroep gebruikt.

6. ziekte van Scheuermann of vroeger doorgemaakte Scheuermann

Deze diagnose bevat die gevallen waarbij ik bij het lichamelijk onderzoek een niet redresseerbare thoracale kyfose vond, die door mij - eventueel bevestigd door een röntgenfoto - geduid was als een Scheuermann. Ook wanneer de specialist in zijn brief aan mij de morbus Scheuermann als bevinding noemde, werd dit als zodanig gecodeerd. Alleen die gevallen die klinisch van belang waren, werden geselecteerd. Een toevallige bevinding op de röntgenfoto werd hier niet meegeteld.

7. bijzondere aandoeningen

Dit is een heterogeen samengestelde groep geworden die alle overige diagnoses bevat, die niet in de andere diagnosegroepen konden worden ondergebracht.

p.n. 085, Mevr. Q., 56 jaar, had een coccygodynie.

p.n. 378, Hr. J., 69 jaar, zag ik met het beeld van een ischialgie. Gezien de progressie van zijn klachten verwees ik hem naar een neuroloog. Op het myelogram was een totale stop te zien. Alles wees in de richting van een discusprolaps. Door een uitgebreide laminectomie werd het duidelijk dat er sprake was van een caudasyndroom op basis van een vernauwd spinaal kanaal.

Ook werden in deze groep aandoeningen ondergebracht van de inwendige organen die, hoewel aanvankelijk niet, toch in een later stadium (mede) verantwoordelijk moesten worden gesteld voor de lage rugklachten.

p.n. 043, Hr. O., 52 jaar, zag ik enkele keren met het beeld van een lumbago. Ondanks behandeling persisteerden de klachten. Later bleek er een hydro-nefrotische nier te bestaan waarvoor een nefrectomie plaatsvond. Nadien verdwenen de rugklachten voor een belangrijk deel.

Wanneer tijdens een arts-patiëntcontact een 'echte rugdiagnose' werd gesteld en tegelijkertijd een afwijking of aandoening werd gevonden die ook rugklachten kan geven, werd deze laatste bevinding in de groep 'bijzondere aandoeningen' opgenomen.

p.n. 050, Mevr. O., 57 jaar, zag ik met een typische lumbago en gelijktijdig had ze een pyurie berustend op een cysto-pyelitis.

Verder werden rugklachten veroorzaakt door een direct inwerkend trauma, in deze rubriek opgenomen.

p.n. 334, Hr. G., 19 jaar, kreeg een trap in de rug waardoor een contusie van de musculus erector trunci ontstond.

8. geen diagnose

Indien er op de werkkaart alleen de klacht stond vermeld zonder verder enige aanduiding in welke richting ik gedacht had of zonder dat er pathologische bevindingen bij het lichamelijk onderzoek waren vermeld, werd dit opgenomen in deze groep.

Op elke patiëntenkaart ging ik tevens na of er tijdens de arts-patiëntcontacten voor lage rugklachten aantekeningen waren gemaakt, waaruit bleek dat mogelijk ook factoren van nerveuze aard een rol hadden gespeeld bij het ontstaan of het in stand houden van de rugklachten. Wij voerden hiervoor de term 'aanwijzingen voor psychisch

dysfunctioneren' in. Deze term, of zo men wil diagnose, werd niet tot de bovengenoemde acht diagnosegroepen gerekend.

Bijvoorbeeld: angstig, gejaagd, gespannen, depressief; ook aantekeningen over het voorschrijven van sedativa, anxyolitica, antidepressiva en slaapmiddelen telden hier mee.

Nu ik alle diagnosegroepen heb omschreven, moet er nog op gewezen worden dat ik meermalen bij patiënten die mij consulteerden voor lage rugklachten meer dan één diagnose kon stellen.

.. diagnoses en therapie bij 'het eerste contact'

Tabel 7 laat zien bij hoeveel patiënten de verschillende diagnosegroepen alleen en in combinatie met elkaar, bij 'het eerste contact' tussen de patiënt en mij, werden gesteld.

Tabel 7 Het alleen en in combinatie met elkaar voorkomen van de verschillende diagnose(s)/bevindingen bij 380 patiënten met lage rugklachten bij 'het eerste arts-patiëntcontact'		
Diagnose(s)/bevindingen	Aantal patiënten	
	absoluut	percentage
.Ischialgie, ischias	71	18.7
.Hernia nucleii pulposi, wortelcompressiesyndroom	0	0.0
.Lumbago, myalgie, myogeen, hypertonie en andere benamingen die gebruikt worden om een nadere aanduiding te geven van een aandoening in het spier- en steunweefsel rond de wervelkolom.	169	44.5
.Statische afwijkingen	22	5.8
.Degeneratieve aandoeningen van de thoracolumbosacrale wervelkolom	1	0.3
.Ziekte van Scheuermann of vroeger doorgemaakte Scheuermann	0	0.0
.Bijzondere aandoeningen	10	2.6
.Combinatie van twee diagnoses	27	7.1
.Combinatie van drie diagnoses	3	0.8
.Geen diagnose	77	20.3
	<hr/> 380	<hr/> 100

In bijna de helft van alle gevallen werd alleen de diagnose lumbago e.d. gesteld. Het geïsoleerd voorkomen van ischialgie betrof bijna éénvijfde gedeelte van de onderzoekpopulatie.

De combinatie van twee of meer diagnosegroepen - bij ongeveer 8% van de populatie - behelsde in verreweg de meeste gevallen de lumbago e.d., ischialgie en statische afwijkingen.

De degeneratieve afwijkingen en de HNP speelden hier nauwelijks een rol omdat deze diagnoses niet 'hard' te maken zijn zonder verdere diagnostiek.

p.n. 242, Hr. G., 71 jaar. Op grond van zijn voorgeschiedenis waaruit bekend was dat hij sterk degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom had, noteerde ik tijdens het eerste contact: 'Low back-pain; arthrosis deformans'.

Hoewel niet in de tabel opgenomen, zij hier vermeld dat bij 32 patiënten - 8.4% - aanwijzingen werden gevonden voor een psychisch dysfunctioneren.

Voor de behandeling van lage rugklachten kan de huisarts kiezen uit vele mogelijkheden. De door mij op de patiëntenkaart genoteerde gegevens over de therapie werden hier ook weer uit pragmatische overwegingen gegroepeerd in verschillende groepen (zie de bijlage, pagina 323).

Ik vermeld hier enkele resultaten:

- Verreweg de meeste patiënten kregen al bij een eerste contact naast de gebruikelijke adviezen één of andere vorm van therapie.
- De meest toegepaste behandeling bestond uit het voorschrijven van een pijnstillers en/of een linimentum.
- Een combinatie van een analgeticum en een preparaat uit de vitamine-B-reeks, meestal enterosalicyl en vitamine-B-complex, werd bij ruim 10% van alle patiënten bij het eerste contact voorgeschreven; het ging hier om patiënten met ischialgiforme klachten.
- De combinatie van een analgeticum met een sedativum, meestal diazepam 1 milligram en ascal 600 milligram of paracetamol 500 milligram, was het middel van eerste keus bij de aanwezigheid van sterk hypertone paravertebrale musculatuur; deze therapie werd bij vijftien patiënten toegepast.
- Fysiotherapie kwam van alle behandelingsvormen op de vierde plaats.
- Meer dan 96% van alle patiënten werd door mij zonder hulp van een specialist behandeld.

.. alle diagnoses en therapieën van de registratieperiode van het onderzoek

Op de patiëntenkaarten van de patiënten die thuishoorden in de groepen 'midden' en 'lang', werden bij elk arts-patiëntcontact weer nieuwe gegevens toegevoegd.

In enkele gevallen kwam ik ondanks herhaalde contacten met de patiënt niet tot het formuleren van een diagnose.

p.n. 379, Hr. U., 58 jaar. notities op de patiëntenkaart

- 1° contact 18-12-1974: Rugpijn
- 2° contact 04-11-1975: Low back pain
- 3° contact 21-01-1976: Fysiotherapie voor rug
- 4° contact 25-02-1976: Rug wil niet
- 5° contact 31-05-1976: Liever geen corset
Probeer weer voor 100% te werken
- 6° contact 28-10-1976: Meer ruglasten - UKG/massage
- 7° contact 17-01-1977: Weer UKG voor rug
- 8° contact 08-03-1977: Weer 12 keer UKG voor rugpijn
- 9° contact 28-03-1977: Rugpijn, trekkend naar de buik
Geen aanwijzingen voor HNP

Dat ondanks alle geavanceerde onderzoeksmogelijkheden, de diagnostiek van het lage-rugpijnsyndroom ook voor een specialist erg moeilijk kan zijn, wordt gedemonstreerd door het nu volgende praktijkvoorbeeld waar een operatie pas een verklaring gaf voor de pijnklachten.

p.n. 362, Hr. J., 24 jaar. notities op de patiëntenkaart

- 1° contact 06-12-1973: Lumbago, soms uitstralend naar rechterbeen
- 2° contact 15-01-1974: Schietende pijnen vanaf de rechterbil tot aan de voet, voornamelijk bij bukken en hoesten
Lasègue rechts dubieus positief
Na sportbeoefening ontstaan
Ischialgie
Verwijzing
- 3° contact 25-01-1974: (orthopaedisch chirurg): Ischialgie rechts bij lichte discopathie van L4-L5
- 4° contact 29-04-1974: Nog evenveel last van prikkeling rechterbeen
- 5° contact 03-05-1974: Plotseling pijn in de rug
Zes week fysiotherapie
- 6° contact 21-06-1974: Rug iets beter
Lasègue rechts 90°

- 7° contact 19-08-1974: Door massage (24 keer) iets beter
Rechterbeen wat doof
Lasègue rechts 80°
Schietende pijn
Verwijzing
- 8° contact 16-09-1974: (neuroloog): Neurologisch onderzoek levert niets anders op dan een atypische positieve Lasègue, geen objectieve afwijkingen
Hernia nuclei pulposi niet aan te tonen, noch uit te sluiten
Revisie: 3 maand
- 9° contact 12-12-1974: (neuroloog): Rugklachten waarschijnlijk veroorzaakt door statische afwijkingen
Advies o.a. nog een keer fysiotherapie. Indien geen succes: absolute bedrust en indien dat geen resultaat dan revisie
- 10° contact 12-02-1975: 24 keer fysiotherapie gehad, geen resultaat
KPR rechts negatief, links positief
Absolute bedrustkuur
- 11° contact 26-02-1975: Been blijft trekken
- 12° contact 08-04-1975: 'Gebroken gevoel'
Lasègue rechts positief 70°
Terugverwijzing naar neuroloog
- 13° contact 21-05-1975: (neuroloog): Op opnamelijst voor caudogram
- 14° contact 02-07-1975: (neuroloog): Caudogram laat geen harde uitspraak toe
- 15° contact 22-07-1975: (neuroloog): EMG ook geen afwijkingen, doorverwijzing naar PK neurochirurgie
- 16° contact 04-08-1975: (neurochirurg): Een radiculair prikkelingssyndroom dat eigenlijk niet van ernstige aard is, maar volgens de anamnese wel erg persisterend, waardoor patiënt reeds anderhalf jaar niet kon werken
We zullen patiënt opnemen voor operatieve therapie
- 17° contact 01-10-1975: (neurochirurg): Bij laminectomie is er geen protrusie, er is wel een zeer uitgebreid veneus net met dikke venen
Bij sondage van het foramen intervertebrale zien we dat de wortel volledig vrij loopt
- 18° contact 06-10-1975: (revalidatie-arts): Geen klachten meer
- 19° contact 12-11-1975: (neurochirurg): Patiënt vertelde dat het goed ging
Hij had geen last van rugpijn of pijn in het been; wel trok af en toe de rechter kuitspier nog
Gezien de goede gang van zaken is geen revisie afgesproken

* In de vier jaren na dit laatste contact zag ik deze patiënt niet terug voor rugklachten.

Soms konden de gegevens van een vervolcontact weer worden gerubriceerd onder de diagnosegroep van het vorige contact; in andere gevallen werden nieuwe diagnoses vermeld.

Het spreekt vanzelf dat in een retrospectief onderzoek als dit veelal niet precies was na te gaan welke overwegingen aan het noteren van een diagnose ten grondslag hadden gelegen. Verder was het ondoenlijk van elke patiënt per contact de diagnostische gegevens te noemen daar dit zou leiden tot een niet meer te interpreteren, tabellarische opsomming van allerlei diagnoses op verschillende momenten.

Wij kozen voor een registratie waarbij op de werkkaart per contact werd bekeken of er ook nieuwe, andere diagnoses aan de vorige konden worden toegevoegd. Wij voerden de rubriek 'alle diagnoses bij het laatste contact' in, waarin alle diagnoses die ten tijde van de patiëntencontacten door mij op de werkkaart waren genoteerd, en alle diagnoses die voorkwamen in de brief van de specialist, werden opgenomen.

Aan de hand van een praktijkvoorbeeld zal ik laten zien op welke wijze werd geregistreerd.

p.n. 188, Hr. C., 43 jaar.

gecodeerde diagnoses in de rubriek 'alle diagnoses bij het laatste contact'

		notities op de patiëntenkaart
Lumbago	1° contact 09-04-1973:	Lumbago
Lumbago	4° contact 16-01-1974:	Spastische rugmusculatuur Hypermyalgia lumbalis
Lumbago	7° contact 13-11-1974:	Myalgie rug
Bijzondere aandoeningen	11° contact 20-03-1975:	(uroloog): Op urogram in rechternier kalkschaduw in de bovenpool Recidief urolithiasis rechts
Ischialgie	15° contact 17-08-1976:	Ischialgie links
Hernia nuclei pulposi	18° contact 06-12-1976:	(neuroloog): Klinisch tekenen van radiculair syndroom links plus caudografisch geen duidelijk zichtbare discusprolaps Gezien de kliniek en het verhoogde eiwit in de liquor zal er waarschijnlijk wel een discusprolaps geweest zijn die weer, mede dankzij de fysiotherapiebehandeling op bed, teruggegaan is

21° contact 01-06-1977: (neuroloog): Geen positieve radiculaire rekkingsproeven meer
 Verdere fysiotherapie is dan ook niet meer geïndiceerd
 Er werd geen controle-afspraak gemaakt

Lumbago

22° contact 12-09-1977: Acute lumbago
 (het laatste contact)

De rubriek 'alle diagnoses bij het laatste contact' is juist daarom zo van belang omdat ik hiermee kan laten zien welke diagnoses bij mijn rugpatiënten werden gesteld (tabel 8).

Tabel 8 Het alleen en in combinatie met elkaar voorkomen van alle diagnoses/bevindingen bij 'het laatste arts-patiëntcontact' bij 380 patiënten met lage rugklachten		
Diagnose(s)/bevindingen	Aantal patiënten	
	absoluut	percentage
.Ischialgie, ischias	52	13.7
.Hernia nucleï pulposi, wortelcompressiesyndroom	0	0.0
Lumbago, myalgie, myogeen, hypertonie en andere benamingen die gebruikt worden om een nadere aanduiding te geven van een aandoening in het spier- en steunweefsel rond de wervelkolom	143	37.6
.Statische afwijkingen	20	5.3
.Degeneratieve aandoeningen van de thoracolumbosacrale wervelkolom	1	0.3
.Ziekte van Scheuermann of vroeger doorgemaakte Scheuermann	0	0.0
.Bijzondere aandoeningen	14	3.7
.Combinatie van twee diagnoses	65	17.1
.Combinatie van drie diagnoses	20	5.3
.Combinatie van vier diagnoses	9	2.4
.Combinatie van vijf diagnoses	4	1.1
.Combinatie van zes diagnoses	1	0.3
.Geen diagnose	51	13.4
	380	100

Uit tabel 8 kan worden afgelezen dat vrijwel alleen de diagnoses lumbago e.d., ischialgie en statische afwijkingen geïsoleerd werden gesteld; lumbago e.d. ongeveer drie keer zo vaak als ischialgie; ischialgie echter weer ongeveer twee-en-een-half keer zo vaak als statische afwijkingen.

Het betrekkelijk grote aantal 'bijzondere aandoeningen' wordt mede veroorzaakt doordat alle direct inwerkende traumata van de rug in deze diagnostische groep werden ondergebracht.

Hoewel niet in de tabel weergegeven, zij hier vermeld dat bij 58 patiënten - 15.3% van de onderzoekpopulatie - aanwijzingen werden gevonden voor een psychisch dysfunctioneren.

In vele gevallen werd meer dan één diagnose gesteld. Wanneer we de 207 patiënten uit de groep 'kort' uit dit overzicht weglaten, blijkt dat bij 88 patiënten (dus ruim de helft van de overige patiënten) meer dan één diagnose was gesteld. Dit geeft aan dat bij een groot deel der patiënten de diagnose in de loop der tijd veranderde. Ook bij de 'diagnose bij het eerste contact' zagen we dat bij bijna 8% der patiënten de lage rugklachten niet in één diagnosegroep waren onder te brengen. Concluderend kunnen we dus zeggen dat de waarheid geweld zou worden aangedaan wanneer rugklachten in één diagnostische groep zouden moeten worden ondergebracht. Bedacht moet worden dat het om mensen gaat die, behalve met rugklachten, ook nog met andere klachten op het spreekuur kunnen komen. Morbiditeitsanalyses in de huisartspraktijk waarbij per contact met de patiënt één ziekte wordt geregistreerd en bij aanbod van verschillende ziekten alleen de belangrijkste wordt gecodeerd en de overige voor de registratie worden genegeerd (Oliemans en Van de Ven 1975) zijn dan ook op zijn minst aanvechtbaar.

Analoog aan de rubriek 'alle diagnoses bij het laatste contact' stelden wij de rubriek 'alle voorgeschreven therapieën bij het laatste contact' in. Alle therapieën die werden ingesteld bij de contacten over rugklachten tussen arts en patiënt werden hierin opgenomen.

Tabel 9 geeft aan bij hoeveel patiënten de verschillende therapievormen werden voorgeschreven.

Ongeveer ééntiende deel van alle patiënten kreeg behalve de gebruikelijke adviezen geen enkele vorm van behandeling.

In volgorde van frequentie werden het veelvuldigst voorgeschreven: een analgeticum, een smeersel, fysiotherapie en een combinatie van een analgeticum en een vitamine-B-preparaat.

De fysiotherapeut nam in de behandeling een belangrijke plaats in, dat blijkt wel uit het gegeven dat bijna 100 patiënten door hem werden behandeld.

Uiteindelijk werden 52 van de 380 patiënten verwezen naar een medisch specialist en werden er zeven aan de rug geopereerd.

Tabel 9 De door mij en de specialist gegeven of voorgeschreven therapieën bij 380 patiënten met lage rugklachten bij 'het laatste arts-patiëntcontact'

Therapie	Aantal patiënten	
	absoluut	percentage
.Geen therapie	37	9.7
.Bedrustkuur	10	2.6
.Smeersel	154	40.5
.Analgetica	216	56.8
.Sedativa	28	7.4
.Een preparaat uit de vitamine-B-reeks	32	8.4
.Een combinatie van een analgeticum en een sedativum	30	7.9
.Een combinatie van een analgeticum en een preparaat uit de vitamine-B-reeks	65	17.1
.Een combinatie van een sedativum en een preparaat uit de vitamine-B-reeks	0	0.0
.Een combinatie van een analgeticum, een sedativum en een preparaat uit de vitamine-B-reeks	1	0.3
.Injecties: .Intra-laesionaal	13	3.4
.Intra-musculair	4	1.1
.Fysiotherapie	97	25.5
.Manuele therapie	1	0.3
.Verwijzing naar een specialist	52	13.7
.Operatie	7	1.8
.Orthopaedisch ondersteuningsmateriaal (corset, pelotte, steunzolen)	12	3.2
.Andere therapie	10	2.6

.. diagnoses in de 'nageschiedenis'

Evenals in de rubriek 'alle diagnoses bij het laatste contact' werden in de rubriek 'nageschiedenis' alle diagnoses die in die periode bij de patiëntencontacten door mij op de werkkaart waren genoteerd, en alle diagnoses die voorkwamen in de brief van de specialist, vermeld.

p.n. 326, Hr. G., 21 jaar

gecodeerde diagnoses in de rubriek 'nageschiedenis'

notities op de patiëntenkaart

Lumbago	1° contact 24-10-1975: Rugpijn-myogeen
Statische afwijkingen	3° contact 20-09-1976: Pijn in rug Scoliose naar rechts Verstreken lordose
Ischialgie	5° contact 08-10-1976: Toch proximale ischialgie Lasègue rechts negatief

Ischialgie	6° contact 18-10-1976: Doof gevoel in rechtersvoet Lasègue rechts 50°, reflexen laag links=rechts, sensibiliteit rechts ver- minderd t.o.v. links
Hernia nuclei pulposi	7° contact 02-11-1976: (neuroloog): Waarschijnlijk lumba- go-ischiasyndroom door discuspro- laps Vier week absolute bedrust 16° contact 21-01-1977: Pijn is weg Nog wat drukpijn L4/L5 APR rechts minder dan links Sensibiliteit praktisch rechts=links
Lumbago	18° contact 04-07-1977: Rugpijn na verkeerde houding (het laatste contact bin- Myogeen nen de registratieperiode)

Van alle patiënten (N=380) kwam 29.5% (N=112) weer bij mij terug met rugklachten in de tijd na het 'blok' en vóór het eind van de registratieperiode van ons onderzoek. Bij deze patiënten was dus sprake van een 'nageschiedenis'.

In deze 'nageschiedenis-periode' werden vijftien patiënten (13.2%) door mij voor de eerste keer verwezen naar een specialist voor hun

Tabel 10 Het alleen en in combinatie met elkaar voorkomen van de verschillende diagnose(s)/bevindingen in de 'nageschiedenis' van 112 patiënten met lage rugklachten		
Diagnose(s)/bevindingen	Aantal patiënten	
	absoluut	percentage
.Ischialgie;ischias	11	9.8
.Hernia nuclei pulposi; wortelcompressiesyndroom	0	0.0
.Lumbago, myalgie, myogeen, hypertonie en andere benamingen die gebruikt worden om een nadere aanduiding te geven van een aandoening in het spier- en steunweefsel rond de wervelkolom	34	30.4
.Statische afwijkingen	6	5.4
.Degeneratieve aandoeningen van de thoracolumbosacrale wervelkolom	1	0.9
.Ziekte van Scheuermann of vroeger doorgemaakte Scheuermann	0	0.0
.Bijzondere aandoeningen	6	5.4
.Combinatie van twee diagnoses	20	17.9
.Combinatie van drie diagnoses	12	10.7
.Combinatie van vier diagnoses	4	3.6
.Geen diagnose	18	16.1
	112	100

lage rugklachten. Dit percentage is vrijwel gelijk aan het 'verwijspercentage' van de hele onderzoekpopulatie, dat 13.7% was.

In tabel 10 wordt getoond bij hoeveel patiënten de verschillende diagnosegroepen in de 'nageschiedenis-periode' voorkomen.

Ook hier werd de diagnose lumbago e.d. verreweg het vaakst vermeld en wel ruim drie keer zoveel als de diagnose ischialgie.

In bijna éénderde der gevallen werd een combinatie van twee of meer diagnoses gesteld. Hoewel niet in de tabel weergegeven, zij hier vermeld dat bij negentien patiënten bij de huisarts-patiëntcontacten voor rugklachten aantekeningen werden gemaakt die aanwijzingen gaven voor een psychisch dysfunctioneren.

Gezamenlijk hadden de 112 patiënten in de 'nageschiedenis-periode' 288 keer een direct contact met mij voor hun rugklachten; dit komt neer op een gemiddelde van ongeveer 2.5 contact per patiënt (spreiding 1 tot 18 contacten).

— de overledenen

In de periode 1 december 1972 tot 1 december 1977 overleden 74 patiënten uit mijn praktijk.

Van 69 van hen konden de medische werkkaarten en de specialistenbrieven worden achterhaald. Van vijf overledenen waren de gegevens zoek geraakt.

Van de 69 overledenen hadden er negen contact met mij gehad in verband met lage rugklachten. Bij vier van hen kon achteraf een verband tussen de rugklachten en een later aangetoonde kwaadaardige ziekte zeer waarschijnlijk worden geacht.

Mevr. R., 78 jaar, zag ik op 03-04-1973 met lage rugpijn. In april 1972 had zij een radio logische behandeling ondergaan in verband met een planocellulair cervixcarcinoom stadium III.

In verband met een ernstige anaemie werd zij op 29 juni 1973 opgenomen in een ziekenhuis.

Bij het lichamelijk onderzoek werd toen een duidelijke drukpijn op de lumbale wervels en in de ischiadicusregio gevonden. Bij tomografie van de lumbale wervelkolom werden beelden gevonden die zeer verdacht waren voor een maligne destructie tengevolge van metastasen.

- Mevr. L., zag ik 01-05-1974 op 41 jarige leeftijd met lage rugpijn trekkend naar beide benen. Op mijn werkkaart stond onder andere vermeld 'kloppijn L5'. In 1971 had zij een ablatio mammae met nabestraling ondergaan wegens een mammacarcinoom. Na lichamelijk onderzoek volgde een directe verwijzing naar de internist die haar onder controle had. Op de door hem aangevraagde röntgenfoto's werden nu voor het eerst uitgebreide metastatische processen in de thoracale en lumbale wervels gezien.
- Hr. A., zag ik op 59 jarige leeftijd met lage rugklachten. Medisch gezien was er behalve een correctie-osteotomie van het linker femur geen relevante voorgeschiedenis. In verband met het beeld van een dreigende dwarslaesie werd patiënt twee weken later opgenomen bij een neuroloog. Bij myelografie werd een totale stop gevonden ter hoogte van de thoracale 12. Bij laminectomie bleek de twaalfde thoracale wervel gedestruëerd te zijn door tumorweefsel. Nader onderzoek toonde aan dat het hier ging om een metastase van een supraglottisch plaveiselcelcarcinoom.
- Mevr. J., 77 jaar, zag ik op 22-01-1974 met ischialgiforme klachten in het rechterbeen. Er was medisch gezien geen relevante voorgeschiedenis. In verband met toenemende pijnen in de armen en benen werd patiënte verwezen naar de interne afdeling van een ziekenhuis. Aldaar werden op de gemaakte röntgenfoto's in alle lange pijpbeenderen multipale scherp begrensde osteolytische haarden gezien. Biopsie uit één van deze haarden leerde dat het hier ging om een morbus Kahler.

Hoewel deze patiënten qua aantal maar ongeveer 1% uitmaken van de totale onderzoeksgroep, betekenen ze veel meer. Het is immers een schrikbeeld voor elke arts dat hij mogelijk een ernstige oorzaak van lage rugklachten over het hoofd zou zien. Dat het ten opzichte van de totale groep patiënten met deze klacht om een klein percentage gaat, werd behalve door ons onderzoek ook aangetoond door Barker (1977) die vond dat ernstige ziekten voor minder dan 1% verantwoordelijk zijn voor rugklachten in de huisartspraktijk. Dit neemt echter niet weg dat we bij elke patiënt rekening moeten houden met de mogelijkheid van een ernstig ziekteproces.

— samenvatting

In een tijdsbestek van vier jaar - 1 december 1972 tot 1 december 1976 - werden in mijn praktijk 380 patiënten door mij gezien voor lage rugklachten; dit betekent dat jaarlijks ongeveer 5% van alle pa-

tiënten van vijftien jaar en ouder mij voor de eerste keer consulteerde voor deze klacht.

Berekend werd dat de huisarts slechts 'de top van de ijsberg' ziet. In mijn praktijk werden iets meer mannen dan vrouwen voor rugklachten onderzocht. Zowel bij de mannen als bij de vrouwen waren de meeste patiënten afkomstig uit de leeftijdsgroepen van 25-44 en 45-65 jaar en wel ongeveer twee keer zo veel als uit de groep 15-24 jaar en de groep 65-plussers.

Patiënten in de leeftijd van 15-24 en 65 jaar en ouder bleken mij minder vaak voor hun rug geconsulteerd te hebben dan patiënten uit de andere leeftijdsgroepen.

Meer dan de helft van de patiënten consulteerde na een eerste contact mij of de specialist binnen een jaar niet weer. Slechts 43 patiënten (11.3% van de totale onderzoekpopulatie) behoorden tot de groep 'lang'.

Vele rugpatiënten - N=148 - hadden een belaste 'voorgeschiedenis'. Gewezen werd op de moeilijkheid alle diagnostische termen op de patiëntenkaarten te groeperen tot enkele diagnosegroepen. Er wordt een indeling in acht diagnosegroepen gegeven.

Ten tijde van het eerste contact werd in bijna de helft van de gevallen alleen de diagnose lumbago e.d. gesteld; het geïsoleerd voorkomen van ischialgie betrof bijna éénvijfde deel van de patiëntenpopulatie. Wanneer alle arts-patiëntcontacten tijdens de registratieperiode van dit onderzoek beschouwd worden, komt het erop neer dat vrijwel alleen de diagnoses lumbago e.d., ischialgie en statische afwijkingen geïsoleerd werden gesteld; lumbago e.d. ongeveer drie keer zo vaak als ischialgie en ischialgie ongeveer twee-en-een-half keer zo vaak als statische afwijkingen. Bij ruim de helft van de patiënten uit de groepen 'midden' en 'lang' was sprake van meer dan één diagnose per patiënt.

Tijdens alle arts-patiëntcontacten werden in volgorde van frequentie het veelvuldigst voorgeschreven: een analgeticum, een smeersel, fysiotherapie en een combinatie van een analgeticum en een preparaat uit de vitamine-B-reeks.

Bijna 30% van alle patiënten had een 'nageschiedenis'. De diagnoses gesteld in deze 'nageschiedenis-periode', kwamen weer overeen met het diagnosepatroon in de 'aaneengesloten periode'.

Aan de hand van de ziektegeschiedenissen van enkele overledenen

wordt duidelijk gemaakt dat bij patiënten met lage rugklachten wel degelijk rekening gehouden moet worden met de mogelijkheid van een ernstig ziekteproces.

A.4 De beantwoording van vraagstelling 2

Zijn er verschillen - zo ja, welke - tussen patiënten met lage rugklachten die een arts daarvoor blijven consulteren en die dat niet doen?

Voor de beantwoording van deze vraagstelling werden de patiënten in drie groepen opgesplitst, te weten de groep 'kort', de groep 'midden' en de groep 'lang'.

Aan de hand van enkele kruistabellen kan beoordeeld worden of er duidelijk aanwijsbare verschillen tussen deze drie patiëntengroepen zijn.

.. de geslachtsverdeling

Tabel 11		De geslachtsverdeling en het 'consultatiegedrag' van 380 patiënten met lage rugklachten							
		groep 'kort'		groep 'midden'		groep 'lang'		totaal	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
man		105	50.7	71	54.6	28	65.1	204	53.7
vrouw		102	49.3	59	45.4	15	34.9	176	46.3
		<u>207</u>	<u>100</u>	<u>130</u>	<u>100</u>	<u>43</u>	<u>100</u>	<u>380</u>	<u>100</u>

In alle groepen waren de mannen het sterkst vertegenwoordigd. In de groep 'lang' was zelfs bijna tweederde van de patiënten van het mannelijke geslacht.

.. leeftijd en geslacht

In tabel 12 is te zien dat het aandeel van de mannen in de jongste en oudste leeftijdsgroepen afneemt naarmate vaker door hen een arts werd geconsulteerd.

Vrouwen hadden een ander consultatiebedrag. Hun aandeel in de leeftijdsgroep 25-64 jaar was in de groep 'lang' veel kleiner dan in de andere groepen, terwijl in de jongste en oudste leeftijdscategorieën

Tabel 12 De leeftijds-/geslachtsverdeling en het 'consultatiegedrag' van 380 patiënten met lage rugklachten														
leeftijd	groep 'kort'				groep 'midden'				groep 'lang'				totaal	
	man		vrouw		man		vrouw		man		vrouw		abs.	%
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
15-24 jr	20	19.0	10	9.8	9	12.7	6	10.2	2	7.1	4	26.7	51	13.4
25-44 jr.	47	44.8	39	38.2	33	46.5	26	44.1	15	53.6	4	26.7	164	43.2
45-64 jr	28	26.7	36	35.3	23	32.4	25	42.4	10	35.7	2	13.3	124	32.6
≥65 jr	10	9.5	17	16.7	6	8.5	2	3.4	1	3.6	5	33.3	41	10.8
	105	100	102	100	71	100	59	100	28	100	15	100	380	100

de vrouwen in de groep 'lang' weer veel sterker vertegenwoordigd waren dan in de groepen 'midden' en 'kort'.

Eén en ander wil zeggen dat mannen van 25-64 jaar vaker met hun rugklachten terugkwamen dan mannen van 15-24 en 65 jaar en ouder. Bij de vrouwen waren het juist de jongste en de oudste leeftijdsgroep die frequent contact hadden voor rugklachten.

.. beroepsniveau

Over de invloed van de zwaarte en de aard van het werk op het voorkomen van lage rugklachten bestaat geen communis opinio (Hult 1954, Lawrence 1955, Ikata 1965, White 1966, Rowe 1969, Magora 1970, Chaffin 1974). Zelf was ik de mening toegedaan dat lage rugklachten in een beroep waarbij fysiek veel van de rug wordt gevraagd, eerder leiden tot zich ziek melden. Het gevolg is dat de patiënt vaak voordat hij de controle-arts moet bezoeken, zijn huisarts om advies vraagt. Daar een zwaardere belasting van de rug doorgaans meer voorkomt in de lagere beroepsniveaus, verwachtte ik dat mensen uit de lagere sociale lagen vooral in de patiëntengroep 'lang' sterker vertegenwoordigd zouden zijn dan de mensen uit de hogere sociale lagen. Een geringe werkmotivering kan hier mogelijk ook een rol spelen.

Tabel 13 laat zien hoe de zes door ons onderscheiden beroepsniveaus van de gezinshoofden over de drie patiëntengroepen waren verdeeld. Uit deze tabel komt naar voren dat niemand van de zeventien patiënten uit een gezin uit de sociale laag 1 voorkwam in de groep 'lang'. Ook laag 2 was in de groep 'lang' ondervertegenwoordigd. Laag 4 kwamen we het frequentst tegen in de groep 'lang' en laag 5 in de patiëntengroep 'midden'.

Tabel 13		De verdeling van de sociale laag/beroepsniveau van het gezin en het 'consultatiegedrag' van 380 patiënten met lage rugklachten (1= hoog; 6= laag)							
		groep 'kort'		groep 'midden'		groep 'lang'		Totaal	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
beroepsniveau	1	9	4.3	8	6.2	0	0.0	17	4.5
beroepsniveau	2	29	14.0	19	14.6	3	7.0	51	13.4
beroepsniveau	3	41	19.8	18	13.8	9	20.9	68	17.9
beroepsniveau	4	48	23.2	25	19.2	15	34.9	88	23.2
beroepsniveau	5	64	30.9	48	36.9	13	30.2	125	32.9
beroepsniveau	6	16	7.7	12	9.2	3	7.0	31	8.2
Totaal		207	100	130	100	43	100	380	100

Om de verschillen in consultatiegedrag tussen de hogere en lagere sociale lagen duidelijker naar voren te laten komen, geef ik in tabel 14 een verdeling weer waarbij patiënten uit laag 1 tot en met 3 en patiënten uit laag 4 tot en met 6 worden onderscheiden.

Tabel 14		De verdeling van de hogere (1-3) en de lagere (4-6) beroepsniveaus/sociale lagen van het gezin en het 'consultatiegedrag' van 380 patiënten met lage rugklachten							
		groep 'kort'		groep 'midden'		groep 'lang'		Totaal	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
beroepsniveau	1-3	79	38.2	45	34.6	12	27.9	136	35.8
beroepsniveau	4-6	128	61.8	85	65.4	31	72.1	244	64.2
Totaal		207	100	130	100	43	100	380	100

Deze tabel toont aan dat de patiënten uit de groep 'lang' relatief gezien vaker uit de lagere sociale lagen afkomstig zijn dan de patiënten uit de groep 'midden' respectievelijk 'kort'.

Ook andere onderzoekers konden een verband tussen de sociale klasse en de consultatiefrequentie voor rugklachten aantonen. Zo vond Walford (1962) in een groot morbiditeitsonderzoek dat naarmate de sociale laag waaruit de patiënt kwam lager was, het aantal consulten voor rugklachten steeg. In dit kader zijn ook vermeldenswaard de bevindingen van Bergquist-Ullman en Larsson (1977), die aantoonde dat rugklachten in eenzelfde bedrijf bij de arbeiders langer duurden en tot een langere arbeidsongeschiktheidsperiode aanleiding gaven dan bij het hogere personeel.

In ons land werd door Oliemans en Van de Ven (1975) aangetoond dat in een solo-huisartspraktijk rugklachten bij de lagere sociale klasse meer leidden tot een consult of een visite bij een arts dan bij de hogere sociale klassen.

.. 'voorgeschiedenis'

Voordat een patiënt met rugklachten mij de eerste keer bezoekt, kan er op medisch gebied al heel wat zijn gebeurd, dat mogelijk invloed heeft gehad op zijn consultatiegedrag voor die klacht. De periode vóór het eerste contact wordt aangeduid met 'voorgeschiedenis' en de naar onze indruk relevante gegevens uit die periode zijn ondergebracht in enkele subgroepen (zie de bijlage, pagina 322).

Wij hebben per patiëntengroep berekend hoeveel patiënten een dergelijke voorgeschiedenis hadden (tabel 15).

Tabel 15 De verdeling naar de aanwezigheid van de belangrijkste aspecten van de 'voorgeschiedenis' en het 'consultatiegedrag' van 380 patiënten met lage rugklachten						
Voorgeschiedenis	groep 'kort'		groep 'midden'		groep 'lang'	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
aanwezig	63	30.4	57	43.8	28	65.1
vorige huisarts geconsulteerd voor rugklachten	29	14.0	37	28.5	22	51.2
bovendien vroeger bij een 'rugspecialist' geweest	11	5.3	22	16.9	14	32.6

In deze tabel zijn een aantal opmerkelijke verschillen te zien. In de groep 'lang' is het percentage patiënten met een 'voorgeschiedenis' hoger dan in de groepen 'kort' en 'midden'.

De verschillen tussen de drie groepen patiënten kunnen grotendeels worden verklaard door de subgroepen 'vorige huisarts geconsulteerd' en 'vroeger bij een 'rugspecialist' geweest'.

.. de diagnoses

Tabel 16 laat zien welke diagnoses bij alle arts-patiëntcontacten in de drie patiëntengroepen werden gesteld.

Tabel 16 Het alleen en in combinatie met elkaar voorkomen van de verschillende diagnose(s)/bevindingen bij de patiënten uit de groepen 'kort', 'midden' en 'lang' bij 'het laatste arts-patiëntcontact'						
Diagnoses/ bevindingen	aantal patiënten					
	de groep 'kort'		de groep 'midden'		de groep 'lang'	
	absoluut	percentage	absoluut	percentage	absoluut	percentage
Ischialgie; ischias	31	15.0	19	14.6	2	4.7
Hernia nucleï pulposi; wortelcompressiesyndroom	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Lumbago; myalgie, myogeen, hypertonie en andere benamingen die gebruikt worden om een nadere aanduiding te geven van een aandoening in het spier- en steuweefsel rond de wervelkolom	108	52.2	30	23.1	5	11.6
Statische afwijkingen	10	4.8	8	6.2	2	4.7
Degeneratieve aandoeningen van de thoracolumbosacrale wervelkolom	1	0.5	0	0.0	0	0.0
Ziekte van Scheuermann of vroeger doorgemaakte Scheuermann	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Bijzondere aandoeningen	5	2.4	8	6.2	1	2.3
Combinatie van twee diagnoses	11	5.3	39	30.0	15	34.9
Combinatie van drie diagnoses	0	0.0	12	9.2	8	18.6
Combinatie van vier diagnoses	0	0.0	4	3.1	5	11.6
Combinatie van vijf diagnoses	0	0.0	2	1.5	2	4.7
Combinatie van zes diagnoses	0	0.0	0	0.0	1	2.3
Geen diagnose	41	19.8	8	6.2	2	4.7
	<u>207</u>	<u>100</u>	<u>130</u>	<u>100</u>	<u>43</u>	<u>100</u>

In de groep 'kort' werd slechts bij ongeveer 5% van de patiënten meer dan één diagnose per patiënt gesteld, in de groep 'midden' daarentegen bij ongeveer 40%, en in de groep 'lang' zelfs bij ruim 70% der patiënten.

Soms werden bij één patiënt vijf of zes diagnoses gesteld.

p.n. 046, Mevr. O., 46 jaar.

Behoort tot de groep 'midden'

Er werden vijf diagnoses gesteld

gecodeerde diagnoses

Lumbago 1° contact 04-02-1974:
Ischialgie 2° contact 11-02-1974:
Bijzondere aandoeningen 3° contact 02-04-1974:

Degeneratieve 5° contact 25-04-1974:
aandoeningen

Hernia nuclei pulposi 6° contact 20-05-1974:
7° contact 09-07-1974:

notities op de patiëntenkaart

Hypermyalgie lumbalis
Ischialgie links
Coccygodynie. Bij palpatie van het os coccygis wordt erge pijn aangegeven. (neuroloog): Duidelijke discopathie L4-L5. Mede gezien deze degeneratieve afwijking bij deze nog jonge vrouw wordt een caudografie voorgesteld.
(neuroloog): Op het caudogram waarschijnlijk een discusprolaps.
(neurochirurg): Ter hoogte van L4-L5 werd een subligamenteair gesequestreerde discusprolaps, die de wortel duidelijk comprimeerde, verwijderd.

p.n. 349, Hr. E., 44 jaar.

Behoort tot de groep 'lang'

Er werden zes diagnoses gesteld

gecodeerde diagnoses

Lumbago 1° contact 24-06-1974:
Statische afwijkingen 2° contact 14-10-1974:
7° contact 01-09-1975:
8° contact 04-06-1976:

Degeneratieve 6° contact 04-06-1976:
afwijkingen

notities op de patiëntenkaart

Pijn laag lumbaal.
Myalgiforme low back pain.
Lumbosacrale scoliose.
Verstrekten lordose. Myogelose.
Myogene rugklachten.
Sterke discusdegeneratie met name L5/S1 met duidelijke tussenwervelspleetvernauwingen.

Ischialgie	11 ^o contact 14-09-1976: Nu ook een ischialgiforme pijn. Toch een HNP? Verwijzing naar een neuroloog.
Bijzondere aandoeningen	14 ^o contact 23-11-1976: (neuroloog): Het caudogram toont een geringe 'stenose' in het wervelkanaal, waardoor het pseudoradiculair syndroom verklaard kan worden.
Ziekte van Scheuermann	15 ^o contact 06-01-1977: (orthopaedisch chirurg): Het beeld past bij een oude morbus Scheuermann.

Gezien het hoge percentage combinatie-diagnoses met name in de patiëntengroepen 'midden' en 'lang', komt in tabel 16 niet duidelijk naar voren welke diagnoses allemaal door de specialist en/of mij waren gesteld. Ik zal dan ook nog enkele gegevens over de verdeling van de afzonderlijke diagnoses over de drie patiëntengroepen vermelden.

De diagnose ischialgie ofwel de aanwezigheid van een uitstralende pijn in het verloop van de nervus ischiadicus werd bij meer dan de helft van de patiënten uit de groep 'lang' gesteld; dat is bijna drie-en-een-half keer zo vaak als bij de patiënten in de groep 'kort'. Een hernia nuclei pulposi werd bij ongeveer één op de negen patiënten uit de groep 'lang' gediagnostiseerd. Ik heb de gewoonte patiënten met het beeld van een radiculare prikkeling, zeker wanneer dat de eerste keer is, te verwijzen naar een specialist voor verder onderzoek. Nagegaan kon worden dat van alle patiënten die mij met ischialgieklachten consulteerden - in totaal 108 patiënten - ongeveer 8% een discusprolaps bleek te hebben.

De diagnose lumbago e.d. werd in de drie patiëntengroepen bij meer dan de helft van de gevallen gevonden en in de groep 'lang' zelfs bij ongeveer tweederde deel.

De bij het lichamelijk onderzoek gevonden statische afwijkingen kwamen vooral voor in de groep 'lang' (bijna 50%). Dat de percentages van deze diagnosegroep veel lager zijn in de groep 'midden' (30%) en de groep 'kort' (bij minder dan 10%) wordt waarschijnlijk veroorzaakt doordat, wanneer een patiënt vaker wordt gezien, steeds meer afwijkingen van de normale vorm van de wervelkolom gevonden zullen worden. Ook het dalende percentage voor de rubriek 'geen diagnose' in de patiëntengroepen 'midden' en 'lang' kan waarschijnlijk op die manier verklaard worden.

De diagnosegroep bijzondere aandoeningen nam relatief gezien vooral in de patiëntengroep 'lang' een belangrijke plaats in (bij 11 patiënten gesteld).

- p.n. 043, hr. O., 52 jaar.
Nefrolithiasis en forse hydronefrose op basis van een pyelo-ureterale stenose.
- p.n. 097, mevr. Z., 38 jaar.
Zeer sterke retroflexio uteri waarvoor een Hodge pessarium.
- p.n. 157, hr. C., 32 jaar.
Littekenpijn ten gevolge van een lumbotomie enkele jaren eerder verricht wegens een steen in het pyelum.
- p.n. 164, mevr. C., 24 jaar.
Een sero-positieve reumatoïde arthritis.
- p.n. 188, hr. v. C., 43 jaar.
Recidief urolithiasis.
- p.n. 237, mevr. G., 22 jaar.
Retroflexio uteri, waarvoor een Hodge pessarium.
- p.n. 245, hr. G., 70 jaar.
Spondylolisthesis over meer dan één derde van de wervel met lysis L5-S1.
- p.n. 298, mevr. U., 67 jaar.
Osteoporotisch skelet.
- p.n. 304, hr. U., 32 jaar.
Op het myelogram een defect.
Bij de operatie werd veel 'zwaar' littekenweefsel rond een wortel gevonden.
Er bestond geen nieuwe discusprolaps.
- p.n. 349, hr. E., 44 jaar.
Geringe stenose in het wervelkanaal.
Het pseudoradiculair syndroom leek met deze stenose samen te hangen.
- p.n. 362, hr. J., 24 jaar.
Ondanks de indeuking L4-L5 op het caudogram toch bij de operatie geen protusie van een discus gevonden, maar een uitgebreid veneus net.
Na coagulatie van deze venen was patiënt vrijwel klachtenvrij.

.. 'nageschiedenis'

Tenslotte wil ik nog ingaan op de al of niet aanwezigheid van een 'nageschiedenis' bij de patiënten uit de drie groepen. Op pagina 149 werd reeds uiteengezet dat het begrip 'nageschiedenis' niet bruikbaar is voor patiënten uit de groep 'lang' bij wie het 'blok' doorliep tot 1 december 1977 (het einde van de registratieperiode). Een vergelijking van de nageschiedenissen van de groep 'lang' met de groepen 'kort' en 'midden' is dan ook niet mogelijk.

Alleen de gegevens van de groepen 'kort' en 'midden' worden vermeld (tabel 17).

Tabel 17 De aanwezigheid van een 'nageschiedenis' bij de patiënten uit de groepen 'kort' en 'midden'				
nageschiedenis	groep 'kort'		groep 'midden'	
	abs.	%	abs.	%
bij mij terug geweest voor lage rugklachten	59	28.5	47	36.2
niet meer voor lage rugklachten bij mij geweest	148	71.5	83	63.8
	207	100	130	100

Van de 207 patiënten uit de groep 'kort' kwam bijna 30% in de periode van na het 'laatste rugcontact' weer bij mij terug met rugklachten. Meer dan de helft consulteerde mij slechts één keer in deze 'nageschiedenisperiode'.

De patiënten uit de groep 'midden' hadden vaker een 'nageschiedenis'; van hen zag ik 21 maar één keer in die periode.

Deze uitkomsten geven aan dat de patiënten uit de groep 'kort' hun geringe consumptiepatroon voor lage rugklachten handhaafden in de jaren na het eerste contact bij mij voor deze klacht.

— samenvatting

Aangetoond kon worden dat er verschillen bestaan tussen patiënten die een arts met lage rugklachten blijven consulteren en die dat niet doen.

Bij vergelijking van de drie patiëntengroepen 'kort', 'midden' en 'lang' bleek dat met name in de groep 'lang' de mannen het sterkst vertegenwoordigd waren. Mannen van 25-64 jaar kwamen vaker met hun rugklachten terug dan mannen van 15-24 en 65 jaar en ouder. Bij de vrouwen waren het juist de jongste en de oudste leeftijdsgroep die frequent contact hadden voor rugpijn.

Patiënten in de groep 'lang' waren relatief gezien vaker afkomstig uit de lagere sociale lagen dan de patiënten in de groep 'midden' en 'kort'.

In de groep 'lang' was het percentage patiënten met een 'voorgeschiedenis' hoger dan in de andere groepen.

Vooraf in de groepen 'midden' en 'lang' werd in vele gevallen meer dan één diagnose gesteld.

De verdeling van de afzonderlijke diagnoses over de drie patiënten-groepen verschilde aanzienlijk.

Patiënten uit de groep 'kort' handhaafden in de jaren na het eerste contact voor lage rugklachten hun geringe consumptiepatroon voor deze klacht.

A.5 De beantwoording van vraagstelling 3

Levert informatie betreffende een patiënt met lage rugklachten bij een eerste contact met de huisarts gegevens op die een voorspelling omtrent het ziekteverloop mogelijk maken?

— de variabelen

De variabelen die voor de beantwoording van bovengenoemde vraagstelling moesten worden geselecteerd, zijn te verdelen in twee soorten:

1. – de afhankelijke variabele (duur van de klachten)
2. – de onafhankelijke variabelen (leeftijd, geslacht en andere gegevens betreffende de patiënt)

De afhankelijke variabele is de lengte van het 'blok' van arts-patiënt-contacten voor lage rugklachten.

De onafhankelijke variabelen zijn:

- de leeftijd van de patiënt op het moment van het eerste contact,
- het geslacht van de patiënt, 1=man, 2=vrouw
- de burgerlijke staat van de patiënt, 1=gehuwd/samen-wonend, 2=niet (meer) gehuwd/al-leenstaand
- het beroepsniveau van het hoofd van het gezin waartoe de patiënt behoort, 1=hoog, 6=laag
- het al of niet mij geconsulteerd hebben van andere mensen binnen het gezin van de patiënt, voor lage rugklachten voor of op hetzelfde moment dat deze patiënt mij de eerste keer vanwege zijn rug om advies vroeg,
 - aan deze variabele ligt de hypothese ten grondslag dat binnen een gezin bepaalde gedragpatronen - in dit geval het consulteren voor rugklachten - van elkaar worden overgenomen.
- de aanwezigheid van een 'voorgeschiedenis'
 - .. Er is een hernia nucleï pulposi operatie geweest. 1=ja, 0=nee
 - .. Er is een andere operatie aan de rug geweest. 1=ja, 0=nee
 - .. De patiënt heeft rugklachten gehad waarvoor de vorige huis-arts is geconsulteerd. 1=ja, 0=nee

- .. De patiënt heeft rugklachten gehad waarvoor in het verleden een orthopaedisch chirurg, een neuroloog, een neurochirurg, een revalidatie-arts of een reumatoloog is geconsulteerd. 1=ja, 0=nee
 - .. De patiënt is via een klinisch of poliklinisch onderzoek of bij een keuring geattendeerd op een afwijking of aandoening van de rug. 1=ja, 0=nee
 - .. De patiënt is frequent op het spreekuur geweest met vage, functioneel aandoende klachten en/of heeft regelmatig psychofarmaca voorgeschreven gekregen en/of heeft een psychiater bezocht. 1=ja, 0=nee
 - .. Er zijn bestaande aandoeningen van het loco-motorische apparaat en/of er zijn ingrepen verricht aan de heup en/of de onderste extremiteiten die het looppatroon in erg ongunstige zin beïnvloeden. 1=ja, 0=nee
 - .. Er is minder dan drie maanden voor het eerste contact voor lage rugklachten een direct inwerkend trauma geweest waarbij de rug van de patiënt was betrokken. 1=ja, 0=nee
 - * De totaal-index van de rubriek 'voorgeschiedenis' loopt van minimaal 0 tot maximaal 8.
- de diagnose(s)/bevindingen bij het eerste contact
 - .. Ischialgie; ischias 1=ja, 0=nee
 - .. Hernia nuclei pulposi; wortelcompressiesyndroom 1=ja, 0=nee
 - .. Lumbago, myalgie, myogeen, hypertonie en andere benamingen die gebruikt worden om een nadere aanduiding te geven van een aandoening in het spier- en steunweefsel rond de wervelkolom 1=ja, 0=nee
 - .. Statistische afwijkingen 1=ja, 0=nee
 - .. Degeneratieve aandoeningen van de thoracolumbosacrale wervelkolom 1=ja, 0=nee
 - .. Ziekte van Scheuermann of vroeger doorgemakte Scheuermann 1=ja, 0=nee
 - .. Bijzondere aandoeningen 1=ja, 0=nee
 - * De totaal-index van de rubriek 'diagnoses bij het eerste contact' loopt van minimaal 0 tot maximaal 7.

Bij de bewerking van de bovengenoemde variabelen deed zich het probleem voor dat een aantal ervan dichotoom (dichotomie=tweede-ling) was. Dit was een nadeel vanwege de verschillen in 'ja' antwoor-den. Bij twee dichotome variabelen, namelijk de 'voorgeschiedenis' en de 'diagnose(s)/bevindingen bij het eerste contact', was het echter mogelijk een continue variabele te maken. Hiertoe hebben we het aantal keren dat er een subgroep van de 'voorgeschiedenis' gecodeerd was én het aantal diagnoses dat bij het eerste contact werd gesteld, als uitgangspunt voor de analyse genomen.

— methodiek

Een geschikte methode om tot een oplossing van de door ons geformuleerde vraagstelling te komen is die, waarbij de gegevens geanalyseerd worden met behulp van de discriminantanalyse (Tatsuoka 1971). Met behulp van een discriminantanalyse is het mogelijk voor een betrekkelijk groot aantal variabelen gezamenlijk en tegelijk na te gaan welke het meest bijdragen tot het onderscheid tussen de patiëntengroepen 'kort', 'midden' en 'lang'.

We gebruikten de stapsgewijze discriminantanalyse, hetgeen wil zeggen dat de variabelen één voor één in de analyse werden betrokken. De volgorde waarin dit gebeurde, berustte op het discriminerend vermogen van elk der variabelen afzonderlijk. Eén en ander wil zeggen dat wij door deze methode de betekenis kunnen nagaan van een aantal variabelen afzonderlijk, waarbij de invloed van alle andere variabelen wordt geëlimineerd door hen constant te houden. De variabele die de hoogste waarde behaalde op het selectie criterium - in ons geval uitgedrukt in een algemene afstandsmaat Rao's V - werd als eerste geselecteerd. De volgende variabelen zijn die welke achtereenvolgens relatief de grootste toename in het selectie criterium bewerkstelligden. Aldus konden we vaststellen welke variabele relatief het meest bijdroeg tot het onderscheid tussen de patiëntengroepen 'kort', 'midden' en 'lang'.

Na afloop van de discriminantanalyse van alle onafhankelijke variabelen kon worden vastgesteld in hoeverre de classificatie van de respondenten op grond van de uitkomsten overeenstemde met de werkelijkheid. Aan de hand van deze uitkomsten kon worden voorspeld welke patiënten al dan niet voor hun lage rugklachten weer terug zouden komen bij mij of een specialist.

— de resultaten

In tabel 18 is te zien dat de 'voorgeschiedenis' of beter gezegd het aantal keren dat er een subgroep binnen de rubriek 'voorgeschiedenis' is gecodeerd, de variabele was, die van alle onafhankelijke variabelen het meest discrimineerde tussen de patiëntengroepen 'kort', 'midden' en 'lang'. Anders geformuleerd betekende dit dat, hoe belaster de

Tabel 18 Resultaten van een discriminantanalyse waarbij zeven variabelen en drie patiëntengroepen (groep 'kort' N=207, groep 'midden' N=130 en groep 'lang' N=43) waren betrokken.	
kolom II	: de variabelen
kolom III	: bijbehorende Rao's V waarden
kolom IV	: de verandering in Rao's V per variabele
kolom V	: de significantie van deze verandering

Kolom I stapsge- wijze volgorde	II de variabelen	III Rao's V	IV verande- ring in Rao's V	V significan- tie
1	voorgeschiedenis	30.5221	30.5221	0.00
2	geslacht van de patiënt	32.7379	2.2158	0.33
3	leeftijd van de patiënt	33.5475	0.8096	0.67
4	het al of niet mij geconsulteerd hebben van andere mensen binnen het gezin van de patiënt voor lage rugklachten voor of op hetzelfde moment dat deze patiënt mij de eerste keer vanwege zijn rug om advies vroeg	34.4467	0.8992	0.64
5	beroepsniveau van het hoofd van het gezin waartoe de patiënt behoort	34.7313	0.2846	0.87
6	het aantal gestelde diagnoses	35.0067	0.2754	0.87
7	burgerlijke staat	35.0161	0.9953	0.99

'voorgeschiedenis' van de patiënt was, hoe groter de kans was dat hij een arts voor zijn rugklachten bleef consulteren.

De variabele die na de 'voorgeschiedenis' het meest tussen de drie patiëntengroepen discrimineerde, was de variabele 'het geslacht van de patiënt'. Mannen bleven met hun rugklachten iets langer terugkomen dan vrouwen. Groot was dit verschil echter niet en bovendien was het niet significant. De andere door ons bestudeerde onafhankelijke variabelen bleken nauwelijks van invloed te zijn op het consul-

tatiegedrag; ze discrimineerden - in tegenstelling tot wat ik had gedacht - niet of nauwelijks tussen de drie patiëntengroepen.

Als men deze resultaten, waarvan alleen de variabele 'voorgeschiedenis' een significant verschil aantoonde, zou willen gebruiken voor het doen van voorspellingen over het consultatiegedrag van de patiënten met lage rugklachten, dan blijkt slechts ongeveer de helft van de respondenten op grond van de uitkomsten van deze analyse correct geassocieerd te kunnen worden.

Dit is te zien in tabel 19 waarin de classificatieresultaten staan weergegeven.

Tabel 19 Resultaten van de classificatie met behulp van de discriminantanalyse.				
feitelijke groepssamenstelling		voorspelde groepssamenstelling.		
		groep 1 'kort' N= 235	groep 2 'midden' N= 42	groep 3 'lang' N= 103
groep 1 'kort'	N= 207	147 71.0	21 10.1	39 18.8
groep 2 'midden'	N= 130	71 54.6	18 13.8	41 31.5
groep 3 'lang'	N= 43	17 39.5	3 7.0	23 53.5

In deze tabel staat verticaal aan de linkerzijde de feitelijke samenstelling van de groepen 'kort', 'midden' en 'lang'. Horizontaal bovenaan staat de samenstelling die voorspeld wordt met behulp van de discriminantanalyse op grond van de eerder genoemde onafhankelijke variabelen. De groep 'kort' zou dan uit 235 patiënten bestaan, de groep 'midden' uit 42 patiënten en de groep 'lang' uit 103 patiënten. Op de diagonaal van tabel 19 van linksboven naar rechtsonder staan de aantallen correct geassocieerde patiënten. Dus van de 207 patiënten uit de groep 'kort' zijn er 147 correct geassocieerd, dit is 71% (de percentages staan telkens onder de aantallen vermeld). Van de groep 'kort' zijn 21 patiënten (10.1%) ten onrechte in de groep 'midden' geassocieerd en 39 patiënten (18.8%) ten onrechte in de groep 'lang'.

Zoals ook te zien is in deze tabel lukt het correct voorspellen van de groep 'midden' het slechtst. Slechts 18 patiënten (13.8%) werden correct geclassificeerd.

In eerste instantie betekende dit dat er vanuit mijn kaartenbestand nauwelijks voorspellende factoren waren te vinden voor het consultatiegedrag van patiënten met lage rugklachten na het eerste contact.

De volgende vraag was: Welke subgroep binnen de 'voorgeschiedenis', respectievelijk welke diagnose, gesteld bij het eerste contact, droeg het meeste bij tot een onderscheid tussen de drie patiëntengroepen?

Een tweetal discriminantanalyses was nodig voor de beantwoording van deze vraag.

Van de 'voorgeschiedenis' bleek de subgroep 'de patiënt heeft rugklachten gehad waarvoor de vorige huisarts is geconsulteerd' het meest te discrimineren. Anders gezegd betekent dit dat, wanneer patiënten in het verleden rugklachten hadden waarvoor zij de vorige huisarts ook consulteerden, zij een grotere kans hadden ook in de toekomst bij hun nieuwe huisarts met deze klacht terug te blijven komen. Het gezegd: 'Het heden is het verleden', zou hier van toepassing kunnen zijn.

Na de hierboven vermelde subgroep droegen de andere subgroepen binnen de rubriek 'voorgeschiedenis' niets meer bij tot een groter onderscheid tussen de drie groepen patiënten met rugklachten. Zoals te verwachten was, weken de classificatieresultaten op grond van deze discriminantanalyse nauwelijks af van die uit tabel 19. Ongeveer de helft van de patiënten werd correct geclassificeerd.

De tijdens het eerste contact tussen arts en patiënt gestelde diagnoses konden geen goed onderscheid aanbrengen tussen de groepen 'kort', 'midden' en 'lang'.

Ook bij dit meer inhoudelijk ingaan op de variabelen 'voorgeschiedenis' en 'diagnose(s)/bevindingen bij het eerste contact' konden we op grond van de discriminantanalyse niet beter dan bij de eerste discriminantanalyse voorspellen wie terug zou blijven komen met rugklachten en wie niet.

— samenvatting en nabeschuwing

Aangetoond werd dat er nauwelijks voorspellende factoren waren te vinden welke patiënten die mij consulteerden dit bleven doen en wie niet. Het antwoord op de derde vraagstelling luidt dan ook ontkenkend. Uiteraard betekent dit niet dat er geen betere voorspellende factoren zouden bestaan. Binnen het kader van dit onderzoek was het echter onmogelijk om de invloed van dergelijke factoren aan te tonen. Afhankelijk van de opzet van hun onderzoek konden andere onderzoekers wel prognostische indicatoren voor het verdere ziektebeloop van rugklachten na een eerste arts-patiëntcontact aantonen. Zo vonden Dillane e.a. (1966) dat tekenen van een wortelcompressie invloed hadden op de duur van de klachten. Bergquist-Ullman en Larsson (1977) toonden aan dat het soort werk bepalend was voor het verdere beloop van de rugklachten en tenslotte kwamen Sims-Williams e.a. (1978) tot de conclusie dat een herstel vaker voorkwam als de pijn korter dan een maand had geduurd; andere prognostische factoren konden door de laatstgenoemde onderzoekers niet worden gevonden.

B overige gegevens

Bij de bestudering van het onderzoekmateriaal werden we herhaaldelijk geconfronteerd met gegevens die, hoewel niet direct bruikbaar voor de door ons geformuleerde vraagstellingen, toch zeker binnen de doelstelling van deze studie de moeite waard leken er aandacht aan te besteden. Aangezien de bewerking van deze gegevens op zichzelf geen andere methodiek vereiste, zal ik, nu de eerste drie vraagstellingen zijn beantwoord, onder deze rubriek de resultaten van deze bewerking geven.

Daar deze 'overige gegevens' betrekking hebben op verschillende facetten van de patiënten met lage rugklachten en weinig onderlinge overeenkomst hebben, is deze rubriek onderverdeeld in enkele paragrafen:

1. – de invloed van het seizoen
2. – de medische consumptie van de patiënten met een 'ischialgie' en van de patiënten met een 'lumbago e.d.'
3. – het röntgenonderzoek en de bevindingen op de röntgenfoto's

4. – de naar een specialist verwezen patiënten
5. – de patiënten met een hernia nuclei pulposi
6. – de afgekeurden

B.1 *De invloed van het seizoen*

Op mijn vraag 'Wat is de oorzaak van de lage rugklachten, denkt u?' antwoordden vele van mijn patiënten en hun familieleden dat 'kou' een belangrijke rol speelde.

p.n. 325, hr. E., 41 jaar.

'Dat is inderdaad begonnen met die aanval van spit, dacht ik en daarna merkte je inderdaad toch wel dat je dus vatbaar was voor kou met ontblote rug, bij het werk in de tuin bijvoorbeeld en met tennis wat vroegtijdig de trui uit, dat je dan toch wel weer last kunt krijgen.'

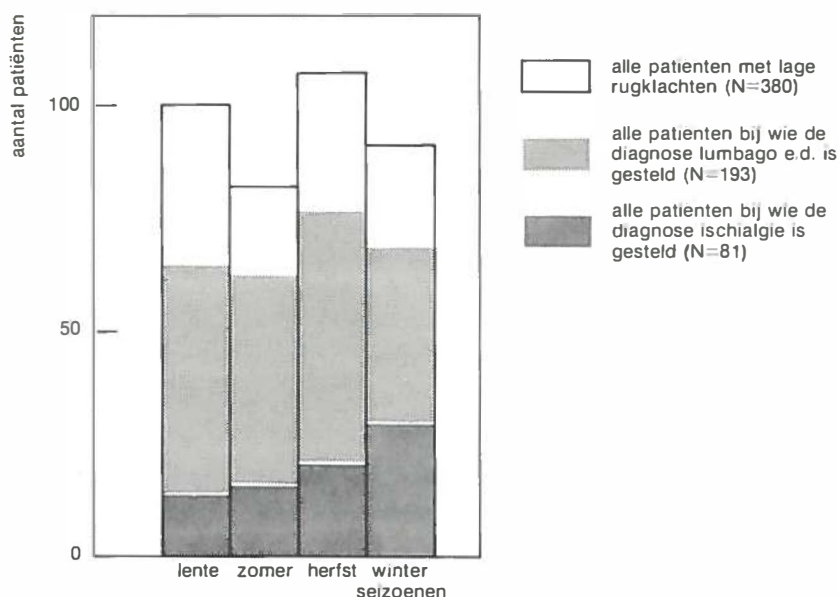
de echtgenote van p.n. 157, hr. C., 32 jaar.

'Ja, in de winter heeft hij het vaker als in de zomer en als we met vakantie gaan, dan klimt hij en klautert hij hè, zoals in Portugal, dat, ik ben dan gebroken, maar hij is zo vitaal als de 'k weet niet wat, en hij heeft dan nergens last van. Zo gauw hij in de zon ligt, heeft hij nergens last van.'

In de door mij geraadpleegde literatuur kwam ik slechts één studie tegen waarin de invloed van het seizoen op het voorkomen van lage rugpijn in de huisartspraktijk werd nagegaan (Ward e.a. 1968). Zij vonden in de periode november-januari 32% van alle eerste contacten, daarna daalde dit percentage in de periodes februari-april en mei-juli tot 26% respectievelijk 20% om vervolgens weer een lichte stijging te laten zien tot 22% in de periode augustus-oktober.

Doordat ik van alle eerste arts-patiëntcontacten voor lage rugklachten de datum had genoteerd, was het vrij gemakkelijk na te gaan hoe deze contacten over de verschillende seizoenen waren verdeeld. De diagnose 'ischialgie' werd bij het eerste contact 81 maal gesteld, de diagnose 'lumbago e.d.' 193 maal. Nagegaan werd hoe deze contacten over de vier seizoenen waren verdeeld.

Figuur 15 laat de uitkomst van onze berekeningen zien.



Figuur 15 De verdeling over de seizoenen van de eerste arts-patiëntcontacten

De meeste eerste contacten voor lage rugklachten vonden plaats in de herfst en het laagste aantal werd geregistreerd in de zomer. De verschillen zijn echter niet groot.

Ischialgie bij het eerste contact werd vaker gediagnostiseerd in de herfst en de winter, namelijk 25.9% respectievelijk 37.0%.

Voor de diagnosegroep lumbago e.d. was er een meer gelijkmatige verdeling over het hele jaar. Wel is er een aanduiding dat deze diagnose iets minder vaak in de zomer en de winter werd gesteld.

Uit de vergelijking van beide diagnosegroepen zou opgemaakt kunnen worden dat ischialgie meer seizoensafhankelijk is dan lumbago e.d.

B.2 *De medische consumptie van de patiënten met een ischialgie en van de patiënten met een lumbago e.d.*

De indruk bestond dat wanneer lage rugpijn gepaard ging met een uitstralende pijn in het verloop van de nervus ischiadicus de toestand van de patiënt ernstiger was dan zonder uitstraling.

Wanneer wij onder ernstiger verstaan:

- een langere duur van de klachten,
- meer arts-patiëntcontacten,
- meer specialistische interventies,

dan zouden er verschillen moeten bestaan tussen de patiënten met een ischialgie en een lumbago.

Wij selecteerden uit het totale patiëntenbestand met rugklachten die patiënten bij wie alleen de diagnose lumbago e.d. of alleen de diagnose ischialgie werd gesteld.

Er kwamen 158 lumbago-patiënten en 67 ischialgie-patiënten voor een nadere analyse in aanmerking.

Bij de lumbago-groep was de gemiddelde tijdsduur van de 'aaneengesloten periode' tussen het eerste en het laatste arts-patiëntcontact voor deze klacht 3.19 maanden. Bij de ischialgie-groep was dit 6.21 maanden.

Gemiddeld hadden de lumbago-patiënten 2.06 contacten met een arts en de ischialgie-patiënten 3.73 contacten.

Wanneer we ons beperken tot de contacten tussen de patiënt en mij, kwam het erop neer dat de lumbago-patiënt mij gemiddeld 1.8 keer consulteerde en de ischialgie-patiënt gemiddeld 3.27 keer.

Van alle arts-patiëntcontacten nam de specialist in de lumbago-groep 8.0% voor zijn rekening en in de ischialgie-groep 12.4%.

Uit bovenstaande getallen blijkt dat de ischialgie-patiënten langer en frequenter door mij en de specialist werden gezien dan de patiënten met een lumbago e.d. In de ischialgie-groep speelde de specialist bij het aantal contacten vergeleken met het totaal aantal arts-patiëntcontacten in de 'aaneengesloten periode' een grotere rol dan in de lumbago-groep.

Mijn indruk dat de toestand van de patiënt ernstiger was wanneer er sprake was van een uitstralende pijn in het verloop van de nervus ischiadicus, werd door bovengenoemde uitkomsten bevestigd.

B.3 Het röntgenonderzoek en de bevindingen op de röntgenfoto's

— opvattingen van andere onderzoekers

Verschillende onderzoekers hebben getracht de waarde van röntgen-

onderzoek bij lage rugklachten aan te tonen. De resultaten van hun studies zijn echter tegenstrijdig.

Zo deden Torgerson en Dotter (1976) een vergelijkend röntgenonderzoek bij 217 patiënten zonder rugklachten en 387 patiënten met lage rugklachten in dezelfde leeftijdsgroep (40-70 jaar). Zij concludeerden dat degeneratieve discuslaesies als één van de belangrijkste oorzaken van lage rugklachten gezien moeten worden.

Hier tegenover staat het onderzoek van Splithoff (1953) die door middel van een vergelijkende studie de betrekkelijke waarde van röntgendiagnostiek bij rugklachten onderstreept. Hij kwam na onderzoek van 100 patiënten met lage rugpijn en 100 asymptomatische personen tot de conclusie dat röntgenonderzoek van de lumbosacrale wervelkolom van weinig waarde is. Alleen voor een discusdegeneratie met ischialgie-klachten maakte hij een uitzondering.

Ook Rockey e.a. (1978) konden door middel van een onderzoek bij 440 patiënten met rugpijn, van wie in 24% der gevallen een foto werd gemaakt, aantonen dat röntgenonderzoek van de rug een te verwaarlozen diagnostische waarde heeft bij overigens gezonde mensen onder de 50 jaar met niet-traumatische rugpijn. Deze onderzoekers stelden dat de kwaliteit van de gezondheidszorg niet zou worden aangetast wanneer er minder röntgenfoto's gemaakt werden.

In eigen land deed Van der Linden (1978) een vergelijkend onderzoek bij 500 patiënten met lage rugklachten en 100 gezonde mensen, die nooit rugklachten gehad hadden. Het betrof hier patiënten die naar een orthopaedisch chirurg waren verwezen. Het percentage personen zonder röntgenologische afwijkingen kwam in beide groepen redelijk overeen. Discopathie kwam in de patiëntengroep meer voor, terwijl spondylosis juist bij de niet-rugpijngroep het meest voorkwam.

Valkenburg (1980) kwam na een uitgebreid screenend onderzoek in Zoetermeer tot de conclusie dat het maken van een diagnostische röntgenfoto van de lendewervelkolom wegens lage rugklachten weinig of niets bijdraagt aan de diagnostiek.

— de risico's

Wanneer we als huisarts overwegen een röntgenfoto van de lumbosacrale en/of thoracolumbale wervelkolom aan te vragen, moeten

we ons goed bewust zijn welke gevaren aan zo'n onderzoek zijn verbonden.

Het eerste gevaar schuilt in het risico van 'somatische fixatie'. Immers in de ogen van de patiënt is röntgenonderzoek, juist ook doordat het in een ziekenhuis plaatsvindt, erg belangrijk: het gebeurt niet zonder reden.

Grol e.a. (1981) wijzen er in het kader van de preventie van 'somatische fixatie' op, dat dit soort onderzoek selectief en met een duidelijk doel dient te geschieden. Een ander, en beslist niet te onderschatten gevaar ligt eveneens op psychologisch terrein: de patiënt wil uiteraard weten of er op de foto afwijkingen zijn gevonden. Vaak worden echter alleen afwijkingen gevonden die van geen enkel belang zijn. Het is de vraag of men er goed aan doet de patiënt dit te vertellen. Vaak blijken patiënten slecht te kunnen verwerken dat hun wervelkolom een afwijking toont.

Terughoudendheid en voorzichtigheid bij de interpretatie van de bevindingen op de röntgenfoto zijn van groot belang temeer omdat op grond van biologische variaties de kans bestaat dat er afwijkingen worden gevonden die op zichzelf geen verklaring hoeven te zijn voor het optreden van de rugklachten. We moeten ons goed realiseren dat we de patiënt behandelen en niet de afwijking die werd gevonden op de röntgenfoto.

Volgens Nachemson (1976) kan slechts een zeer beperkt aantal scherp omschreven röntgenologische afwijkingen van de lendewervelkolom direct in verband worden gebracht met het optreden van rugklachten. Deze auteur noemt in dit kader: spondylolisthesis, lumbale osteochondrosis (ziekte van Scheuermann), congenitale of traumatische kyfose, osteoporose en duidelijke, multipele versmallingen van de disci intervertebrales.

Een derde gevaar van röntgenonderzoek ligt op het strikt somatische vlak en wel de kans op lichamelijke schade van de onderzochte alsmede van het röntgenlaboratoriumpersoneel en de kans op genetische beschadiging ten gevolge van stralenbelasting. Bij onderzoek van het caudale gedeelte van de wervelkolom liggen de gonaden steeds in het gevarenveld.

Een bijzonder gevaar bedreigt de foetus in de eerste twee maanden van de graviditeit. In het kritische stadium van orgaanaanleg kan een dosis van enkele radal ernstige misvormingen veroorzaken. Het is de

taak van de behandelend arts zich ervan te vergewissen dat een vrouw die hij verwijst voor een röntgenonderzoek van de lendewervelkolom, niet in de eerste weken van de graviditeit verkeert. Penn en Sobels (1975) wijzen erop dat bij twijfel over het bestaan van een jonge graviditeit men zich eerst zekerheid dient te verschaffen; zij raden aan dit soort onderzoek bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd uit te voeren tijdens de menses of in de week daarna om elk risico te vermijden.

— de waarde

Na alle opgenoemde bezwaren en bedenkingen tegen röntgenonderzoek bij rugklachten in de huisartspraktijk, moet als voordeel genoemd worden dat van een dergelijk onderzoek een geruststellende werking kan uitgaan, zowel voor de patiënt als voor de behandelend arts. De geruststellende werking voor de arts en vooral de huisarts ligt in het gegeven dat het lichamelijk onderzoek alleen vrijwel nooit een maligne botproces in de wervelkolom kan uitsluiten. Hoewel de kans op een dergelijke ernstige aandoening erg klein is, speelt de angst zo'n aandoening te missen, samen met de angst een duidelijke somatische afwijking die de lage rugklachten lijkt te verklaren over het hoofd te zien, zeker een rol bij het aanvragen van röntgenfoto's van het lumbosacrale gebied. Dit geldt met name voor de groep rugpijnpatiënten die de middelbare leeftijd heeft bereikt.

Kortgeleden werd in het weekend twee keer een visite aangevraagd bij een zestigjarige vrouw uit mijn praktijk. Zij had plotseling ontstane, heftige rugklachten laag-lumbaal zonder uitstraling. Deze pijn was zonder een duidelijk trauma ontstaan, was ook in rust aanwezig en nam toe bij bewegen.

De voorgeschiedenis van haar vermeldde een totale thyreoïdectomie een jaar tevoren vanwege een schildkliercarcinoom. Deze operatie was radicaal geweest en ook bij regelmatige internistische nacontroles werden nooit aanwijzingen gevonden voor metastasen. Behalve een lichte hypertensie en vaak nerveuze klachten, was ze nooit voor lage rugklachten op mijn spreekuur geweest.

De waarnemende collegae in de weekenddienst konden geen objectieve afwijkingen vaststellen en schreven een analgeticum voor. Voor een verder beleid adviseerden ze mijn patiënte na het weekend contact met me op te nemen.

Toen ik haar zag, lag ze roerloos in bed. Bewegen was nauwelijks mogelijk door de pijn. Bij onderzoek werd het onderste thoracale gedeelte van de rug en het lumbale gebied stijf gehouden; er werd een circumscripte drukpijn en kloppijn gevonden op de vierde lumbale wervel.

dering van Röntgenologische Bevindingen van de Wervelkolom en het Myelum' zoals deze in november 1973 werd uitgegeven door de Nederlandse Vereniging Radiologie. Om het bewerken van alle gegevens in de röntgenologische verslagen mogelijk te maken, besloten we om pragmatische redenen alle 'diagnostische termen' onder te brengen in zes diagnosegroepen.

Hoe deze indeling, die niet is ontleend aan een bestaand classificeringsmodel, tot stand kwam, wordt duidelijk uit tabel 20.

Tabel 20	Classificatie van de diagnostische termen in de röntgenverslagen.
diagnosegroepen	diagnostische termen
afwijkingen van arthrotische aard	spondylotische veranderingen; spondylosis lumbalis; arthrotische reactie kleine gewrichtjes; spondylotische reactie; intervertebrale arthrose; spondylotische puntjes; spondylosis deformans; osteofyten
discopathieën	tussenwervelspleetvernauwing; spleet L4-L5 versmald; discusdegeneratie; discopathie; vernauwing intervertebraalruimte; discus L4-L5 versmald
congenitale afwijkingen en ontwikkelingsstoornissen	antelysthes van L5 ten opzichte van S1; lysis van de boog van L5; spina bifida; wervelboog niet gesloten; hemi-spondylus Th10; wervelboog asymmetrisch gesloten
statische afwijkingen	scoliose; matige lumbale lordose; thoracolumbale knikstand; toegenomen kyfose; versterkte arcuaire kyfose; lumbale torsie-scoliose; sterke lendelordose; wervelkolom wordt recht gehouden; laag lumbaal 'kissing spine' doordat er een vrij sterke lendelordose is; opgeheven lordose; rechte rug; weinig lendelordose
Scheuermann of tekenen van vroeger doorgemaakte Scheuermann	als zodanig aangegeven; Schmorlse impressies; duidelijke osteochondrosis; wervels laag thoracaal wigvormig; sluitplaten onregelmatig; onregelmatige ossificatie van de randlijsten van de wervels; Schmorlse impressies aan desluitplaten; osteochondrosis lumbalis
overige afwijkingen	osteoporose; oude compressiefractuur; deel os coccygis verwijderd; nephrolithiasis

— de gegevens van de patiënten

In totaal werd door mij voor 52 patiënten met lage rugklachten een röntgenonderzoek van de wervelkolom aangevraagd (13.7% van de 380 patiënten).

Op één uitzondering na werden alle röntgenfoto's gemaakt in één ziekenhuis, waar gedurende de registratieperiode van deze studie vier radiologen werkzaam waren.

In alle 52 gevallen betrof het een foto van de lumbale wervelkolom; bij 25 patiënten werd naast een opname van de lumbale wervelkolom ook een röntgenfoto aangevraagd van de thoracale wervelkolom. Meestal werd door de röntgenoloog alleen een voor-achterwaartse en een zijwaartse opname van de wervelkolom gemaakt; in enkele gevallen werd dit aangevuld met driekwart opnamen om het gebied van de intervertebraalgewrichten beter in beeld te krijgen.

De röntgenfoto's werden gemaakt van 12 patiënten in de leeftijd van 15-24 jaar; van 25 patiënten in de leeftijd van 25-44 jaar; van 12 patiënten in de leeftijd van 45-64 jaar en van 3 patiënten van 65 jaar of ouder.

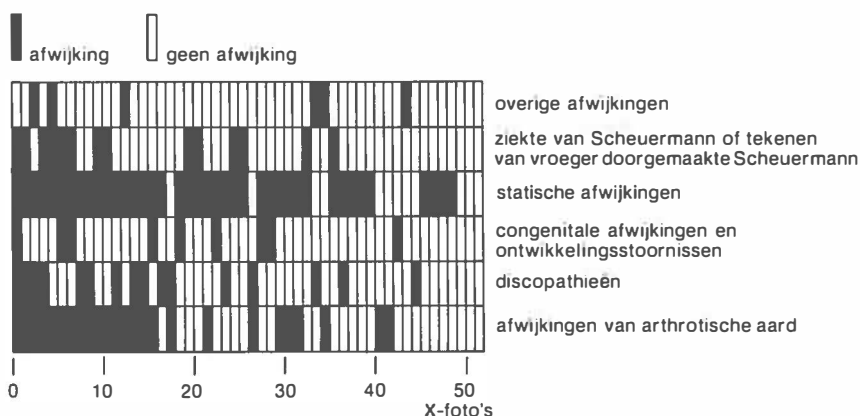
Van de röntgenologisch onderzochte patiënten waren twee afkomstig uit de patiëntengroep 'kort'; 34 uit de groep 'midden' en 16 uit de groep 'lang'.

Hoe nu de zes röntgenologische diagnosegroepen over de 52 foto's waren verspreid, wordt aangetoond in figuur 16.

Zo werden dus in bijna viervijfde deel van alle röntgenfoto's (N=40) melding gemaakt van een afwijkende vorm of stand van de wervelkolom.

In ongeveer de helft der gevallen (N=25) werden aanwijzingen gevonden voor degeneratieve afwijkingen aan de wervels. Op 16 foto's was sprake van een discopathie.

Opvallend was het relatief grote aantal röntgenbeelden waarop kenmerken waren te zien van een actuele of een in de jeugd doorge maakte ziekte van Scheuermann (N=14). Dat de ziekte van Scheuermann ook onder de bevolking frequent voorkomt, werd beschreven door Kingma (1970), die door middel van een literatuuronderzoek kwam tot een frequentie van 8%. Morscher (1969) deed onderzoek bij 5000 rekruten van een politieschool en vond bij 39% röntgenolo-



Figuur 16 De verdeling van de röntgenologische 'diagnosegroepen' over de 52 door mij aangevraagde X-foto's

gische veranderingen die kenmerkend waren voor een Scheuermann. Dat ook congenitale afwijkingen en ontwikkelingsstoornissen op de röntgenfoto geen zeldzame bevinding waren, moge duidelijk worden uit het gegeven dat op negen van de 52 gemaakte foto's dergelijke afwijkingen waren te zien.

- p.n. 014, hr. R., 37 jaar:
een eerste graad antelysthesis van L5 ten opzichte van S1 en een lysis van de boog van L5 rechts. Bovendien een spina bifida S1.
- p.n. 049, hr. O., 61 jaar:
de bogen laag sacraal waarschijnlijk niet geheel gesloten.
- p.n. 075, hr. Q., 31 jaar:
spina bifida S1.
- p.n. 087, mej. Z., 17 jaar:
de tiende thoracale wervel heeft de vorm van een vliedervormige hemi-spondylus. De hemi-spondylus veroorzaakt op dit niveau een kyfotische knik.
- p.n. 142, mevr. J., 29 jaar:
de boog van S1 is asymmetrisch, wel gesloten.
- p.n. 192, mevr. B., 26 jaar:
de boog van S1 is asymmetrisch, niet geheel gesloten.
- p.n. 202, hr. F., 40 jaar:
de boog van S1 is asymmetrisch gesloten.
- p.n. 261, mej. U., 18 jaar:
spina bifida S1.
- p.n. 349, hr. E., 44 jaar:
spina bifida S1.

Het ging in de meeste gevallen om een spina bifida occulta. Volgens San Giorgi (1964) komen spina bifida occulta en overgangswervels bij 6-10% van de mensen van het blanke ras voor. Begeer (1980) stelt dat wanneer er alleen sprake is van een open boog van L5 of S1, dit als een normale variant beschouwd kan worden.

In de diagnosegroep 'overige afwijkingen' werden de volgende röntgenologische beelden gevonden:

- p.n. 043, hr. O., 52 jaar:
in de rechter nierregio bij toeval verscheidene kleine concrementen zichtbaar; bij aanvullende intraveneuze pyelografie bleek sprake van een nefrolithiasis en een forse hydronefrose rechts vermoedelijk op basis van een pyelo-ureterale overgangstenose.
- p.n. 046, mevr. O., 46 jaar:
het distale deel van het os coccygis is verwijderd.
- p.n. 156, hr. J., 32 jaar:
er is een wigvormige afplatting van Th 12 tengevolge van een compressiefractuur.
- p.n. 234, mevr. G., 74 jaar:
duidelijke osteoporose van de lumbale wervels.
- p.n. 335, hr. F., 63 jaar:
wat osteoporose van het skelet.
- p.n. 346, hr. I., 64 jaar:
wat osteoporose van het skelet.

Behalve bij patiënt no. 043 en patiënt no. 156 leverde deze rubriek weinig verrassende gegevens op.

Dat steenvorming in de urinewegen nogal eens een röntgenologische toevalsbevinding kan zijn, werd aangetoond door Van Geuns (1978) die bij een bevolkingsonderzoek waarbij buikoverzichtsfoto's werden gemaakt, bij 1.07% 'silent stones' vond.

Op geen enkele van de 52 röntgenfoto's werden aanwijzingen gevonden voor maligne processen.

Dat bij een verdenking op metastasen in de wervels een gewone röntgenfoto een misleidende geruststelling kan geven, wordt gedemonstreerd aan de enige patiënt van de eerder beschreven negen 'overledenen' bij wie een foto door mij werd aangevraagd.

De hr. A., 59 jaar, werd vijf dagen nadat hij mij met lage rugpijn had bezocht, met het volgende briefje naar de röntgenoloog verwezen: 'Patiënt klaagt reeds vier weken over een stekende pijn onderin de rug zonder duidelijke uitstraling. Bij onderzoek: beperkte bewegingsmogelijkheid in de lumbale wervelkolom en kloppijn ter hoogte van laag thoracaal. RT: g.b. Gaarne een X-foto om uit te maken in hoeverre hier achterliggende pathologie, arthrose of, gezien de circumscripte kloppijn, metastasen aanwezig zijn.'

Het verslag van de röntgenoloog luidde: 'Lumbale WK: vrij veel kalk in de aorta abdominalis. De lumbale wervels wat kalkarm. Enige versmalling van de intervertebraal ruimte L5/S1. Thoracale WK: er is een thoracale scoliosis convex naar rechts. Een kyphosering. Oude osteochondrosis. De wervels wat afgeplat. Enige spondylosis thoracalis.'

Twee weken later werd patiënt opgenomen in verband met verschijnselen van een dwarslaesie.

Bij botschanning, drie weken na de röntgenfoto, werd een verhoogde opname van radioactiviteit in de wervel Th 11 gevonden. De röntgenoloog achtte een gemetastaseerd maligne proces het meest waarschijnlijk.

Bij laminectomie bleken de Th 11 en Th 12 gedestruëerd te zijn door tumorweefsel. Verder onderzoek toonde aan dat het ging om een gemetastaseerd supraglottisch larynxcarcinoom.

Twee maanden na de operatie overleed de patiënt.

Volgens Von Ronnen en Sellink (1975) kunnen skeletmetastasen dikwijls radiologisch niet zichtbaar gemaakt worden, doordat het uitgezaaide tumorweefsel de spongiosastructuur aanvankelijk nog intact laat en doordat bovendien de later optredende destructieve veranderingen pas waarneembaar worden wanneer deze, afhankelijk van hun lokalisatie, een diameter van één of twee centimeter hebben bereikt. Beide auteurs wijzen erop dat bij verdenking op metastasen in de wervellichamen, een planigrafisch en eventueel een botscintigrafisch onderzoek niet achterwege mogen blijven.

Uit figuur 16 kan ook worden afgelezen hoeveel diagnosegroepen per röntgenfoto werden beschreven. Elke huisarts weet dat het meer uitzondering is dan regel dat een röntgenoloog in zijn beschrijving van de wervelkolom spreekt van 'normaal' of 'geen bijzonderheden'. Meestal worden er wel één of meer afwijkingen van de norm gevonden.

De van figuur 16 afgeleide tabel 21 laat ter verduidelijking de resultaten van onze berekening zien.

Tabel 21 Het aantal röntgenologische 'diagnosegroepen' in het verslag van de radioloog	
aantal röntgenverslagen	aantal diagnosegroepen per verslag
3	0
12	1
21	2
9	3
6	4
1	5
—	
totaal 52	

In de door ons geanalyseerde röntgenologische verslagen werd melding gemaakt van gemiddeld ruim twee diagnosegroepen per foto. Dit vergroot de op zichzelf toch al betrekkelijke waarde, die een röntgenfoto bij de diagnostiek van lage rugklachten heeft, bepaald niet. Immers hoe meer diagnosegroepen per foto worden beschreven, hoe moeilijker het is al die 'afwijkingen' te interpreteren in termen van een verklaring voor of een verduidelijking van het klinisch beeld.

p.n. 349, hr. E., 44 jaar,
was bij mij bekend met heftige, pseudoradiculair bepaalde ischialgie-klachten en een bij het lichamelijk onderzoek gevonden gefixeerde thoracale kyfose. Het verslag van de röntgenoloog: 'Thoracale en lumbale WK: geringe spondylotische afwijking thoracaal zowel als lumbaal. Een spoortje naar rechts convexe scoliosis van de lumbale WK. Spina bifida S1. Kleine Schmorle impressies aan de sluitplaten van de caudale thoracale en bovenste lumbale WK. Discusdegeneratie L5/S1 met een duidelijke tussenwervelspleetversmalling en wat onregelmatige begrenzing van de aangrenzende sluitplaten. De S1 gewrichten intact'.

Tenslotte gingen we na welke bevindingen zoal op de röntgenfoto's van de patiënten uit de groepen 'midden' en 'lang' werden genoemd (tabel 22).

Tabel 22 De röntgenologische bevindingen van 50 patiënten uit de groepen 'midden' en 'lang' bij wie een foto van de thoracolumbale wervelkolom werd gemaakt					
diagnosegroepen op de X-foto	aantal patiënten				
	groep 'midden'		groep 'lang'		
	abs.	%	abs.	%	
.afwijkingen van arthrotische aard	15	44.1	10	62.5	
.discopathieën	12	35.3	4	25.0	
.congenitale afwijkingen en ontwikkelingsstoornissen	7	20.6	2	12.5	
.statische afwijkingen	27	79.4	11	68.8	
.Scheuermann of tekenen van een vroeger doorgemaakte Scheuermann	8	23.5	5	31.3	
.overige afwijkingen	4	11.8	2	12.5	
totaal aantal X-foto's	34		16		

Bij de patiënten uit de groep 'midden' werd in de röntgenologische verslagen vaker melding gemaakt van discopathieën, congenitale afwijkingen/ontwikkelingsstoornissen en statische afwijkingen dan bij

de patiënten uit de groep 'lang' bij wie procentueel vaker afwijkingen van arthrotische aard en de ziekte van Scheuermann of status werden genoemd. Het betrof echter kleine verschillen.

Bij vergelijking van het gemiddelde aantal bevindingen per röntgenfoto tussen beide patiëntengroepen, werd nauwelijks verschil gevonden: zowel voor de groep 'midden' als de groep 'lang' kwamen we uit op gemiddeld twee diagnosegroepen per foto.

- * Samenvattend kan na de bestudering van 52 röntgenologische verslagen gesteld worden dat er op vrijwel alle foto's steeds één of meer afwijkingen van de norm werden gevonden en dat er geen samenhang leek te bestaan tussen het consultatiegedrag van de patiënt voor lage rugklachten en de bevindingen op de röntgenfoto's.

— nabeschouwing

De vraag rijst wat het grote aantal beschrijvingen van de röntgenoloog heeft betekend voor mijn beoordeling van de patiënt met rugklachten. Ik zou niet zover willen gaan als Rockey e.a. (1978) die stellen dat röntgenologisch onderzoek bij rugklachten geen enkele waarde heeft. De mening van Van der Does (1979) die de waarde van röntgenonderzoek van de wervelkolom relateert en erop wijst dat men met dit soort onderzoek bij kortbestaande, niet alarmerende klachten zeer terughoudend moet zijn, spreekt mij meer aan. Verder deel ik de opvatting van De Melker (1980) die aangeeft dat men bij recidiverende klachten van de rug het röntgenologisch onderzoek zo voorzichtig mogelijk moet interpreteren.

De huisarts moet zich voortdurend bewust zijn van de relatieve waarde van een röntgenfoto bij de klacht lage rugpijn. Hij zal de gegevens van de X-foto moeten incorporeren in het totale of zo men wil integrale beeld dat hij zich van de patiënt gevormd heeft.

B.4 *De naar een specialist verwezen patiënten*

— de verwijzing in het algemeen

Bij elk contact dat een huisarts met zijn patiënten heeft, zal hij zich moeten afvragen of hij het hem aangeboden probleem zelf kan op-

lossen of dat hij daarbij de hulp van andere deskundigen zal moeten inroepen. Deze beslissing is niet moeilijk als zonder meer duidelijk is dat specialistische hulp noodzakelijk is, zoals bij een myocardinfarct of een plotselinge visusdaling. Minder gemakkelijk wordt het echter wanneer de patiënt met klachten komt die moeilijk diagnostiseerbaar zijn en onvoldoende door objectieve afwijkingen worden verklaard. Ook bij patiënten met rugklachten kunnen wij deze situatie tegenkomen.

Enerzijds is er de patiënt met een radiculair syndroom, die niet reageert op conservatieve therapie, waarvoor specialistische hulp noodzakelijk is, anderzijds is er de patiënt die ondanks de therapeutische interventies rugklachten blijft houden, terwijl de huisarts bij het lichamelijk onderzoek geen afwijkingen kan vinden en geen aanwijzingen of vermoedens heeft voor een somatisch ziekteproces. Vooral in dit laatste geval kan de huisarts voor een moeilijk dilemma komen te staan omdat juist bij deze patiënten een verwijzing kan leiden tot 'somatische fixatie'. Vooral bij een te snelle verwijzing wordt het risico van vastlopen in een 'exclusief somatisch spoor' groter (Grol e.a. 1981).

Huygen en De Melker (1973) zeggen dat de patiënt als het ware kan worden aangemoedigd tot 'somatisering' van zijn problemen. Van Es (1974) spreekt in dit geval van 'organisatie' van de klacht, waaronder hij verstaat: 'Het bij de patiënt postvatten van de mening, dat de klacht een organische oorzaak heeft.' Dergelijke verwijzingen kunnen 'gevaarlijk' zijn omdat de kans bestaat dat de patiënt bij de specialist blijft 'lopen'.

In zijn algemeenheid zou ik ervoor willen pleiten zo terughoudend mogelijk te zijn bij het verwijzen van patiënten met rugklachten en zo mogelijk de diagnostiek en therapie in eigen hand te houden.

Bremer (1964) noemt als belangrijkste redenen waarom de huisarts een patiënt naar een specialist zendt:

1. – De diagnostische mogelijkheden in de huisartspraktijk zijn niet toereikend.
2. – Er is een behandeling nodig die de huisarts niet zelf kan verrichten.
3. – De patiënt en/of de huisarts wil meer zekerheid hebben.

Vooral de derde verwijzingsindicatie is op patiënten met rugklachten van toepassing. Het is vaak een verwijzing om 'moral support'

(Paterson 1959) te verkrijgen. De arts voelt aan dat de patiënt behoefte heeft aan het oordeel van een specialist, of de patiënt vraagt zélf om een verwijzing. Het doel van deze verwijzing is om zoveel mogelijk zekerheid te verkrijgen dat er geen somatische grond is voor de rugklachten.

Naast het moment van de verwijzing - als de huisarts het gevoel heeft dat het echt de enige manier is om verder te komen - is van belang naar welke specialist de patiënt wordt verwezen. Naast de persoon van de specialist is ook zijn specialisme van betekenis. Er bestaat eigenlijk geen specialisme waarbinnen alle rugklachten te benaderen zijn. In de praktijk is het vaak moeilijk de grens tussen de verschillende specialismen af te bakenen.

De volgende specialisten zien patiënten met lage rugpijn: orthopaedisch chirurg, neuroloog, neurochirurg, revalidatie-arts, reumatoloog maar ook de internist, de chirurg, de uroloog en de gynaecoloog. De patiënt is uiteraard het meest gebaat bij een goed samenspel tussen huisarts en specialist. Dat daarbij de ene specialist nog wel eens een stapje doet op het terrein van de andere is geen ramp, als het maar niet leidt tot voor de patiënt onnodig en belastend onderzoek. Deze problematiek dreigt zich vooral voor te doen indien de specialist doorverwijst naar andere specialisten zonder de huisarts daarin te betrekken. Dit is volledig gerechtvaardigd wanneer het gaat om een duidelijke indicatie, bijvoorbeeld een door de neuroloog bevestigde discusprolaps met ernstige uitvalsverschijnselen, waarmee de patiënt wordt doorverwezen naar de neurochirurg, waarna postoperatief onder supervisie van een revalidatie-arts een fysiotherapeutische behandeling wordt ingesteld. Echter niet alle doorverwijzingen zijn in het belang van de patiënt. Dit geldt in sommige gevallen ook voor de verwijzingen door de huisarts naar de specialist.

De effectiviteit van een verwijzing is voor een deel afhankelijk van de manier waarop deze verwijzing tot stand kwam:

- Is er rekening gehouden met de wensen van de patiënt?
- Is de patiënt voldoende voorgelicht?
- Is er een goede verwijsbrief geschreven?

Daarnaast voorkomt men door weloverwogen en gemotiveerd verwijzen dat de patiënt reeds verricht onderzoek opnieuw moet ondergaan en dat de huisarts de patiënt 'verliest'.

Dat patiënten met lage rugklachten toch nogal eens worden ver-

wezen, blijkt uit een onderzoek van de orthopaedisch chirurg Ten Kate (1967): van de 1000 patiënten op zijn spreekuur hadden er 362 één of andere vorm van rugpijn. Hoe vaak de Nederlandse huisarts zijn patiënten met lage rugklachten verwijst, is nauwelijks onderzocht. In de literatuur vond ik slechts twee studies waarin een verwijzingspercentage wordt genoemd. Van Es en Pijlman (1970) vermelden dat 21% van de lijdens aan lage rugpijn naar de specialist werden verwezen. Oliemans (1979) vond dat voor 6% der gevallen een specialist werd ingeschakeld.

— eigen verwijzingen

In het tijdvak van 1 december 1972 tot 1 december 1977 werden 52 van de 380 patiënten in de 'aaneengesloten periode' van de arts-patiëntcontacten verwezen naar een specialist; dit komt neer op jaarlijks ongeveer 2.7% van alle patiënten met rugklachten.

Er bleek een aanzienlijk verschil te bestaan tussen mannen en vrouwen (tabel 23).

Tabel 23 Het aantal mannen en vrouwen met lage rugklachten en het aantal mannen en vrouwen dat werd verwezen.				
	verwezen patiënten		rugpatiënten	
	abs.	%	abs.	%
mannen	36	69.2	204	53.7
vrouwen	16	30.8	176	46.3
	—	—	—	—
	52	100	380	100

Dat mannen meer worden verwezen dan vrouwen, is in verband te brengen met het feit dat mannen meestal verzekerd zijn - in het kader van de Ziektewet, waardoor controles noodzakelijk zijn - en vrouwen niet. In dit verband wil ik hier noemen dat in ons onderzoek mannen ook vaker en langduriger voor rugklachten een arts consulteerden en dat het alleen mannen waren, die werden afgekeurd in het kader van de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering en/of de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet.

Wanneer we per leeftijdsgroep het aantal verwezen patiënten betrokken op het totaal aantal patiënten in die groep, vonden we dat in vijf jaar van de 15-24 jarigen 11.8% werd verwezen, van de 25-44 jarigen 16.5%, van de 45-64 jarigen 11.3% en van de patiënten van 65 jaar en ouder 12.2%.

Doordat de indeling in groepen er een aanduiding van is hoe vaak en hoe lang de patiënt voor zijn klachten een medisch advies heeft gevraagd, hebben we ook voor deze patiëntengroepen afzonderlijk onderzocht in hoeverre de specialist in de behandeling werd betrokken. Voor de 130 mensen uit de groep 'midden' werd bij 30 tenminste één keer een specialistisch advies gevraagd en voor de 43 uit de groep 'lang' was dit bij 22 het geval. De conclusie kan dan ook worden getrokken dat de duur van de klachten de verwijzingsfrequentie bepaalt.

Tabel 24 laat het aandeel van de verschillende specialismen zien.

Tabel 24 Specialismen betrokken bij de 52 verwezen patiënten.	
specialismen	aantal malen
orthopaedische chirurgie	30
neurologie	21
neurochirurgie	6
revalidatie	6
reumatologie	1
'overige specialismen'	7

Meer dan de helft van alle verwezen patiënten werd beoordeeld door een orthopaedisch chirurg. Als tweede kwam de neuroloog met wie ongeveer 40% in contact kwam. Dat bij lage rugklachten door mij niet zelden werd gedacht aan de mogelijkheid van een extra-spondylaire oorzaak, blijkt wel uit het gegeven dat zeven patiënten werden verwezen naar een vertegenwoordiger van de 'overige specialismen': internist, gynaecoloog, uroloog en algemeen chirurg.

We konden nagaan dat 40 patiënten door de vertegenwoordiger(s) van één specialisme werden gezien, zeven door de vertegenwoordi-

gers van twee specialismen en vijf patiënten werden beoordeeld door drie of vier soorten specialisten.

Hoe nu mijn verwijzingsgedrag en dat van de specialist was, wordt weergegeven in de tabellen 25 en 26.

aantal verwe- zen pa- tiënten	1 ^o verwijzing door mij	aan- tal pa- tiën- ten	2 ^o verwij- zing door mij	aan- tal pa- tiën- ten	3 ^o verwij- zing door mij	aan- tal pa- tiën- ten	4 ^o verwij- zing door mij	aan- tal pa- tiën- ten	5 ^o verwij- zing door mij
26	orthopaedisch chirurg	2	→neuroloog →uroloog *p.n.157	1	→revalidatie- arts				
18	neuroloog	2	→orthopae- disch chi- rurg *p.n.202	1	→(andere) orthopae- disch chi- rurg	1	→neuroloog	1	→(andere) neuroloog
2	uroloog	1	→uroloog (2e k.) ^o	1	→neuroloog *p.n. 188				
1	neurochirurg	1	→neurochi- rurg (2e k.)						
1	internist								
1	chirurg								
1	reumatoloog	1	→reumato- loog (2e k.)						
1	revalidatie-arts								
1	gynaecoloog	1	→orthopae- disch chi- rurg *p.n.097						
52		9		3		1		1	

^o Onder '2e k.' - tweede keer - wordt hier verstaan dat de patiënt voorde tweede keer door mij met een verwijfsbrief naar dezelfde specialist werd gestuurd.
 * Van deze patiënten worden de ziektegeschiedenissen beschreven.

Te zien is dat ik negen keer een tweede verwijzing initieerde, waarvan zes keer een herverwijzing naar een vertegenwoordiger van een ander specialisme.

p.n. 157, hr. C., 32 jaar.

Gedurende enkele maanden voor de eerste verwijzing had ik patiënt een paar keer gezien in verband met een zeurende pijn in de rug ter hoogte van een lumbotomie-litteken. Patiënt onderging in het verleden een pyelotomie in verband met nierstenen.

Bij onderzoek werd door mij een compensatoire scoliose ten gevolge van een beenlengteverschil gevonden; bovendien waren er op de door mij aangevraagde X-foto afwijkingen voor een oude Scheuermann.

Fysiotherapie gaf geen verbetering.

Uit de verwijsbrief aan de orthopaedisch chirurg citeer ik: 'Het lijkt me zeer onwaarschijnlijk dat zijn klachten hun oorsprong vinden vanuit de urinewegen, mede gezien de uitslag van het door mij aangevraagde urogram. Ook herhaalde sediments-controles, met name na een pijnaanval, leverde bij ons geen afwijkingen op. Waarschijnlijk zullen zijn klachten toch vanuit de gestoorde statiek te verklaren zijn, mogelijk op basis van een oude Scheuermann. In ieder geval graag jullie oordeel.'

De orthopaedisch chirurg antwoordde: 'Anamnesticch sinds pyelotomie linkszijdige rugklachten gehouden, voornamelijk paralumbaal. Bij onderzoek alleen locale drukpijn in de bovenhoek van het operatielitteken. Herverwijzing naar de uroloog lijkt mij dus toch geïndiceerd.'

In overleg met de patiënt verwees ik hem met een nieuwe verwijsbrief naar de uroloog. Deze kon op zijn beurt op urologisch terrein voor de klachten van de patiënt geen verklaring vinden. Een verband tussen de pijnklachten en het litteken werd niet waarschijnlijk geacht.

p.n. 202, hr. F., 40 jaar.

Ik kende patiënt reeds enkele maanden meteen therapie-resistente zeurende pijn onderin de rug.

Op een door mij aangevraagde röntgenfoto waren behalve een asymmetrisch gesloten boog SI geen afwijkingen te zien.

Gezien de duur van zijn klachten en de gevonden reflexverschillen aan de onderste extremiteiten, werd patiënt verwezen naar een neuroloog.

Uit mijn verwijsbrief citeer ik: 'Ik kan er weinig van maken. Patiënt is moeilijk gerust te stellen, laat staan aan het werk te krijgen. Toch gaarne uw neurologisch onderzoek om een eventueel lijden op uw gebied uit te sluiten.'

De conclusie van de neuroloog luidde: 'Al met al kan ik dus bij patiënt weinig of geen afwijkingen vinden, ik vraag mij zelfs af of hij de boel niet een beetje besjoemelt. Hij zal in elk geval moeten vermageren, kan eventueel nog gedurende een beperkte periode fysiotherapie krijgen, maar dient daarna door zijn controle-arts wat krachtiger te worden aangepakt.'

Onlangs fysiotherapie, nieuwe steunzolen en geruststelling persisteerden de klachten. Ongeveer zeven maanden na de eerste verwijzing vroeg ik het oordeel van een orthopaedisch chirurg. Ook deze specialist kon voor de pijnklachten geen verklaring vinden.

p.n. 188, hr. C., 43 jaar.

De eerste keer zag ik patiënt met een lumbago. Enkele maanden later zag ik hem met een zeurende pijn in de rechter nierloge.

Ondanks het feit dat een aangevraagd urogram geen afwijkingen opleverde, verwees ik hem vanwege zijn voorgeschiedenis - een ureterotomie in verband met ureterstenen - naar een uroloog.

Deze specialist vermeldde in zijn brief onder andere de volgende gegevens: 'Nu pijn links in de rug, uitstralend naar de musculus gluteus tot in been. Spastische rugmusculatuur. Waarschijnlijk staan zijn klachten los van de nierstenen en komen uit de rug. Naar neuroloog voor onderzoek? Revisie zo nodig.'

Van een verwijzing naar een neuroloog werd door mij afgezien.

Enkele fysiotherapie-kuren werden voorgeschreven.

Gezien het feit dat de klachten over een zeurende pijn in de rechterflank bleven bestaan en ik bij onderzoek van het sediment 4-5 erythrocyten per gezichtsveld vond, vond opnieuw een verwijzing plaats naar dezelfde uroloog ongeveer veertien maanden na de eerste verwijzing.

Dit keer was de diagnose van de uroloog: 'Recidiverende urolithiasis rechts en prostatisme klachten'. Een specifieke therapie werd door de uroloog niet geadviseerd.

Ruim een jaar na het bezoek aan de uroloog zag ik patiënt met het beeld van een ischialgie. Ondanks rust, analgetica en vitamine-B-medicatie namen de klachten toe en was vanwege de zeer heftige pijnreactie van de patiënt een goed onderzoek niet meer mogelijk. Op mijn verzoek vond een opname plaats.

Bij ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis schreef de neuroloog: 'Klinisch tekenen van radicaalsyndroom links plus caudagrafisch geen duidelijk zichtbare discusprolaps. Gezien de klinische bevindingen en het verhoogde eiwit in de liquor zal er waarschijnlijk wel een discusprolaps geweest zijn die, mede dankzij de fysiotherapie behandeling op bed, teruggedaan is. Patiënt kon geleidelijk aan weer gemobiliseerd worden en vanaf die tijd werden er geen afwijkingen meer gevonden.'

p.n. 097, mevr. Z., 38 jaar.

Gezien haar pijnklachten onderin de rug met een ischialgiforme uitstraling naar het rechterbeen en de door mij gevonden afwijkingen bij het inwendig onderzoek, verwees ik patiënte naar een gynaecoloog. Aan deze specialist vroeg ik in mijn verwijsbrief of hij een verband zag tussen de uterus in retroflexie en de rugklachten.

Door de gynaecoloog werd een normaal grote uterus in zeer mobiele, maar zeer sterke retroflexie gevoeld. Op proef gaf hij een Hodge pessarium om deze retroflexie te redresseren.

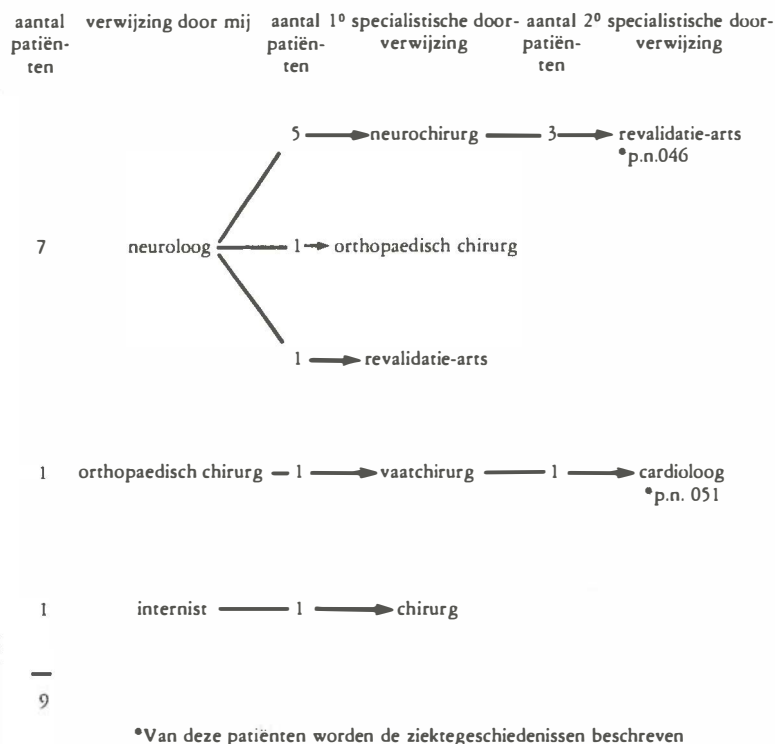
Patiënte hield echter dezelfde lage rugklachten.

Behoudens pedes plani kon ik bij haar geen afwijkingen vinden.

Verwijzing vond plaats naar een orthopaedisch chirurg. Deze specialist schreef: 'Wij concludeerden tot een lichte insufficiëntia dorsi en knikplatvoeten. Patiënte kreeg steunzolen.'

Tabel 26 geeft aan dat het vooral de neuroloog was die doorverwees naar de neurochirurg. Bij de door de neuroloog op gang gebrachte doorverwijzingen waren vijf patiënten met een discusprolaps waarvan er uiteindelijk vier werden geopereerd. De neurochirurg verwees op zijn beurt drie patiënten naar de revalidatie-arts voor postoperatieve oefentherapie.

Tabel 26 Intercollegiale doorverwijzingen van specialisten bij 9 patiënten met lage rugklachten.



p.n. 046, mevr. O., 46 jaar.

Voorafgaande aan de verwijzing naar de neuroloog zag ik deze vrouw enkele keren met ischialgieklachten. Gezien het optreden van sensibiliteitsstoornissen aan de laterale zijde van het linkerbeen verwees ik haar.

Een caudogram werd verricht, waarbij een impressie van de contrastkolom ter hoogte van L4-L5 werd gezien, terwijl ook de wortelschede zich daar ter plaatse minder goed afbeeldde.

Gezien het niet aanslaan van de geadviseerde bedrustkuur bezocht patiënte dezelfde neuroloog weer, die op zijn beurt haar doorverwees naar een neurochirurg. Deze specialist opereerde patiënte en vond een subligamentair gesequestreerde discusprolaps, die de wortel duidelijk comprimeerde.

Postoperatief verliep de mobilisatie moeizaam. Een revalidatie-arts werd ingeschakeld. In de vier maanden nadien werd zij nog enkele keren door de revalidatie-arts en de neurochirurg ter controle gezien.

p.n. 051, mevr. O., 66 jaar.

In verband met lage rugpijn met soms een uitstraling naar de linkervoet, gecombineerd met een moe gevoel in beide benen, verwees ik patiënte mede op haar verzoek naar een orthopaedisch chirurg.

In mijn brief aan hem sprak ik ook over de matige arteriële pulsaties aan de onderste extremiteiten en werd de mogelijkheid genoemd van een claudicatio intermittens.

De orthopaedisch chirurg concludeerde tot een insufficiëntia dorsi en waarschijnlijk geringe claudicatio intermittens. Hij adviseerde heilgymnastiek en massage voor de rug en verwees haar zonder mij daarin te betrekken naar een vaatchirurg.

De conclusie van deze specialist luidde: 'Vermoedelijke afsluiting van de aortabifurcatie met redelijke collaterale circulatie.'

Er werd door hem een afspraak gearrangeerd bij een cardioloog, wederom zonder overleg met mij.

De cardioloog schreef mij: 'We hebben hier te doen met een uitgebreide arteriosclerotische degeneratie van de wand van de buikaorta, waardoor een afsluiting ter hoogte van de bifurcatie en inderdaad een redelijke collateraalvorming.'

Gezien de matige coronaire circulatie kwam patiënte niet in aanmerking voor een restauratieve behandeling.

- * Van alle 380 patiënten werden er 52 verwezen, 11 opgenomen en uiteindelijk 7 geopereerd. Anders gezegd betekent dit dat in vijf jaar van alle patiënten met lage rugklachten ongeveer:

- één op de 7 werd verwezen,
- één op de 35 werd opgenomen in een ziekenhuis,
- één op de 55 werd geopereerd.

Wanneer we uitgaan van het aantal verwezen patiënten, dan nam de specialist ongeveer éénvijfde deel van hen op en werd uiteindelijk één op de zeven geopereerd. Deze cijfers geven aan dat we ons goed moeten realiseren dat een verwijzing in veel gevallen kan leiden tot een voor de patiënt verstrekkende gang van zaken in de zin van een ziekenhuisopname en een operatie.

Bij de interpretatie van mijn gegevens moet bovendien nog bedacht worden dat de specialisten in onze regio voorstander zijn van een conservatieve therapie bij de patiënt met een hernia nuclei pulposi (bij voorkeur bij de patiënt thuis). Ziekenhuisopname die in de meeste gevallen plaatsvond voor een contrastonderzoek - myelografie - werd pas overwogen wanneer bedrust niet tot het gewenste resultaat leidde of als er sprake was van een progressie van de verschijnselen tijdens deze conservatieve therapie.

— samenvatting en nabeschuwing

Gewezen werd op de risico's van een onzorgvuldige en te snelle verwijzing van patiënten met lage rugklachten naar medisch specialisten.

In de eigen praktijk werden per jaar 2.7% van de rugpatiënten voor de eerste keer verwezen; van hen werd meer dan de helft gezien door een orthopaedisch chirurg.

In zijn algemeenheid zou ik er voor willen pleiten patiënten met een uitstralende pijn naar één of beide benen te verwijzen naar een neuroloog omdat deze specialist over de hulpmiddelen beschikt een eventuele discusprolaps aan te tonen. Patiënten met zichtbare houdings- en vormafwijkingen van de rug en bewegingsbeperkingen van de thoracolumbale wervelkolom zonder uitstralende pijn kunnen het beste worden verwezen naar een orthopaedisch chirurg.

Ten aanzien van mijn eigen verwijsgedrag bleek dat 9 van de 52 patiënten vaker dan één keer werden verwezen.

Behalve bij de patiënten met een discusprolaps was een doorverwijzing van de ene specialist naar de andere zonder mij daarbij te betrekken een zeldzaam gebeuren (2 van de 52).

B.5 *De patiënten met een hernia nuclei pulposi*

— algemene beschouwingen

Door een discusprolaps, maar in principe ook door andere processen die druk op één of meer ruggemergswortels tot gevolg kunnen hebben, kan een ziektebeeld ontstaan dat meestal 'hernia' wordt genoemd.

Met de term hernia wordt door de leek nogal eens iedere vorm van lage rugpijn aangeduid; de arts bedoelt hiermee alleen de uitpuiling van het centrale deel van de tussenwervelschijf of de eventueel daarop volgende ruptuur van de annulus fibrosus waarbinnen de nucleus pulposus is gelegen.

Verschillende onderzoekers geven nogal afwijkende antwoorden op de vraag in welk percentage van alle rugklachten het ziektebeeld

hernia voorkomt. Logan en Cushion (1958) berekenden ongeveer 23%, Hirsch (1966) ongeveer 5%, Oliemans (1969b) ongeveer 5%, Morbidity Statistics from General Practice (1974) ongeveer 18%; in de Continue Morbiditeitsregistratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (1971-1977) werd ongeveer 12% van de totale incidentie van lage rugpijn in de huisartspraktijk aan een hernia nuclei pulposi toegeschreven.

Voordat de diagnose hernia wordt gesteld, heeft de patiënt vaak al perioden met pijn laag in de rug of lumbago-achtige klachten doorgeemaakt. In een later stadium komt dan de ischias erbij, soms echter is een ischias het eerste verschijnsel.

Michels (1974) stelt: 'De operatieve behandeling van de hernia nuclei pulposi vormt nog steeds een punt van discussie.' In dit kader lijkt het interessant om het onderzoek van Spangfort (1972) te vermelden, waarbij de operatieresultaten bij ruim 2500 HNP-operaties werden geanalyseerd: één jaar na de operatie bleken bij 31.5% van de patiënten weer lage rugklachten te bestaan. Hirsch (1965) geeft een overzicht van de stand van zaken na 20 jaar opereren: slechts 15% van de patiënten blijft op den duur volledig klachtenvrij, de overigen houden intermitterend recidiverende rugpijn, wisselend van intensiteit en 3 à 4% krijgt een recidief.

Finneson (1978) zegt dat de operatieresultaten verbeteren wanneer aandacht wordt besteed aan een goede pre-operatieve selectie van patiënten, waarbij met name psychologische factoren van belang lijken. Hoe belangrijk dit is, blijkt uit onderzoek van Long e.a. (1980) die konden aantonen dat het operatieresultaat van herniapatiënten met 84% zekerheid te voorspellen was wanneer met geen andere factoren rekening werd gehouden dan met het psychisch functioneren van de patiënt en zijn karaktereigenschappen.

Behalve bij een caudasyndroom of een belangrijke motorische uitval kan bij de behandeling van een hernia worden gekozen voor een strikte bedrustkuur of een operatie. Men neemt aan dat door bedrust de druk op de betreffende tussenwervelruimte belangrijk vermindert waardoor de uitpuilende nucleus pulposus weer op zijn plaats komt. Indien na één of meer bedrustkuren geen enkele verbetering is opgetreden, kan een operatie misschien wél een oplossing bieden.

— gegevens van de patiënten

Tabel 27		De patiënten met een hernia nucleï pulposi								
patiënt no.	geslacht	leeftijd waarop de diagnose HNP werd gesteld	myelo- grafie	therapie	arts-patiëntcontacten voor rug- klachten in de jaren na het stellen van de diagnose HNP					
					1 ^o jr +	2 ^o jr — ³	3 ^o jr — ³	4 ^o jr — ³	5 ^o jr +	6 ^o jr + ope- ratie
046	vrouw	46 jr	+	operatie						
047	man	42 jr	— ¹	— ²	+	—	—	—	— ³	— ³
080	man	49 jr	+	operatie	+	—	—	—	—	—
081	man	47 jr	+	operatie	+	+	+			
188	man	47 jr	+	—	ope- ratie +	ope- ratie —	—	—		
200	man	34 jr	—	—	—	—	—	—	—	
239	man	38 jr	—	—	+	—	—	—		
304	man	35 jr	+	operatie	+	—	+	—	+	
307	vrouw	50 jr	+	—	+	+	+	—	—	

-1= geen myelografie verricht

-2= niet geopereerd, conservatief behandeld

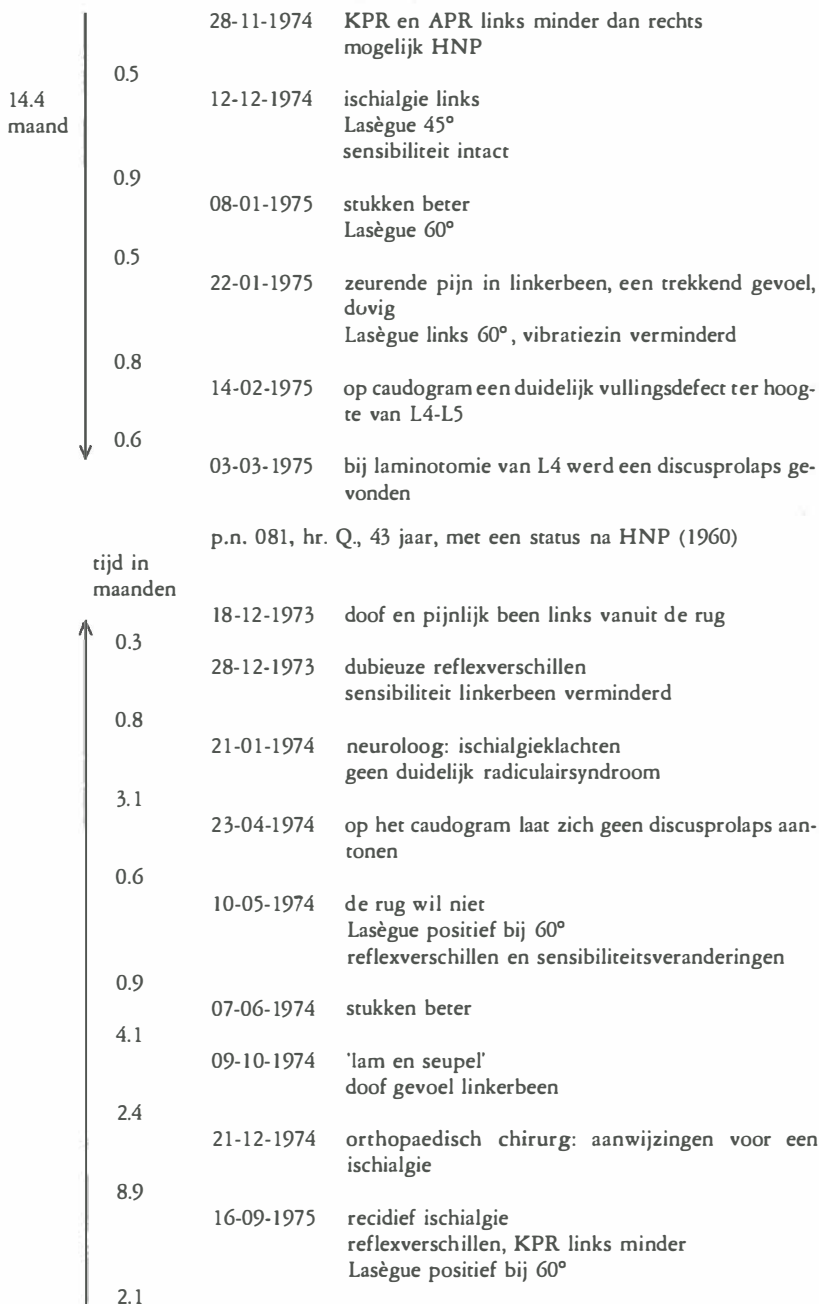
-3= er hebben in dat jaar geen arts-patiëntcontacten voor lage rugklachten plaatsgevonden

Bij negen van de 380 patiënten - ongeveer 2.4% - was sprake van een hernia. Deze diagnose werd in ons onderzoek alleen als zodanig opgenomen indien de neuroloog, neurochirurg of orthopaedisch chirurg die diagnose hoogstwaarschijnlijk achtte of bewezen achtte door verder onderzoek.

Zeven van de negen patiënten waren mannen. De leeftijd varieerde van 34-50 jaar, gemiddeld 43 jaar.

Hoe het ziektebeloop was geweest in de periode die voorafging aan het stellen van de diagnose HNP, is af te leiden uit de notities op de patiëntenkaarten.

		p.n. 046, mevr. O., 46 jaar.	
	tijd in maanden		
5.1 maand	↑ 0.2 1.7 0.2 0.3 1.1 1.6 ↓	04-02-1974	low back pain hypermyalgie
		11-02-1974	ischialgie links
		02-04-1974	pijn in staartbotje, straalt uit naar links pijn afhankelijk van bewegen coccygodynie?
		08-04-1974	X-foto: spleet L4-L5 duidelijk versmald
		16-04-1974	pijn linkerbeen tot aan de voet sensibiliteit laterale zijde onderbeen verminderd
		20-05-1974	op caudogram aanwijzingen voor discusprolaps
		09-07-1974	bij operatie een gesequestreerde discusprolaps ter hoogte van L4-L5 gevonden
		p.n. 047, hr. O., 42 jaar, met een status na HNP (1972)	
	tijd in maanden		
0.6 maand	↑ 0.6 ↓	21-10-1974	ischialgie rechterbeen Lasègue 40°
		08-11-1974	neuroloog: radiculair syndroom rechts met uitvalsverschijnselen van de wortel L5-S1; zeer waarschijnlijk door een discusprolaps
		p.n. 080, hr. Q., 47 jaar met een status na HNP (1963)	
	tijd in maanden		
	↑ 3.3 1.7 5.7 0.4 ↓	24-12-1973	pijn onderin de rug tintelend gevoel in het linkerbeen Lasègue beiderzijds negatief sensibiliteit intact een verstreken lordose
		02-04-1974	ischialgie links verstreken lordose
		24-05-1974	rug veel beter
		15-11-1974	ischialgie links Lasègue bij 45° positief



45.1 maand		18-11-1975	nog ischialgie Lasègue links 80°
	3.2	24-02-1976	ischialgie en sensibiliteitsverschil
	2.1	28-04-1976	weer ischialgie links Lasègue 45° positief sensibiliteit laterale zijde onderbeen links verminderd toch HNP?
	0.4	11-05-1976	orthopaedisch chirurg: lumbago
	4.5	27-09-1976	ischialgie links
	1.9	22-11-1976	ischialgie links Lasègue negatief sensibiliteit laterale zijde onderbeen verminderd
	0.4	03-12-1976	neuroloog: beeld niet overtuigend voor een discus- prolaps als myalgiebezwaren geduid
	3.9	29-03-1977	ischialgie linkerbeen sensibiliteit lateraal verminderd
	1.0	27-04-1977	pijn wil niet Lasègue 60° KPR rechts minder
	1.1	31-05-1977	neuroloog: licht radiculairsyndroom
	1.0	30-06-1977	verergering van de radiculaire prikkeling
	1.7	19-08-1977	op het caudogram een discusprolaps L4-L5
	0.7	09-09-1977	bij herniotomie een discusprolaps op het niveau van L4-L5 met een verkleving van de wortel
		p.n. 188, hr. C., 43 jaar.	
tijd in maanden			
	09-04-1973	lumbago	
8.2	16-01-1974	spastische rugmusculatuur hypermyalgia lumbalis	
4.4	29-05-1974	pijn in de rug	
5.5			

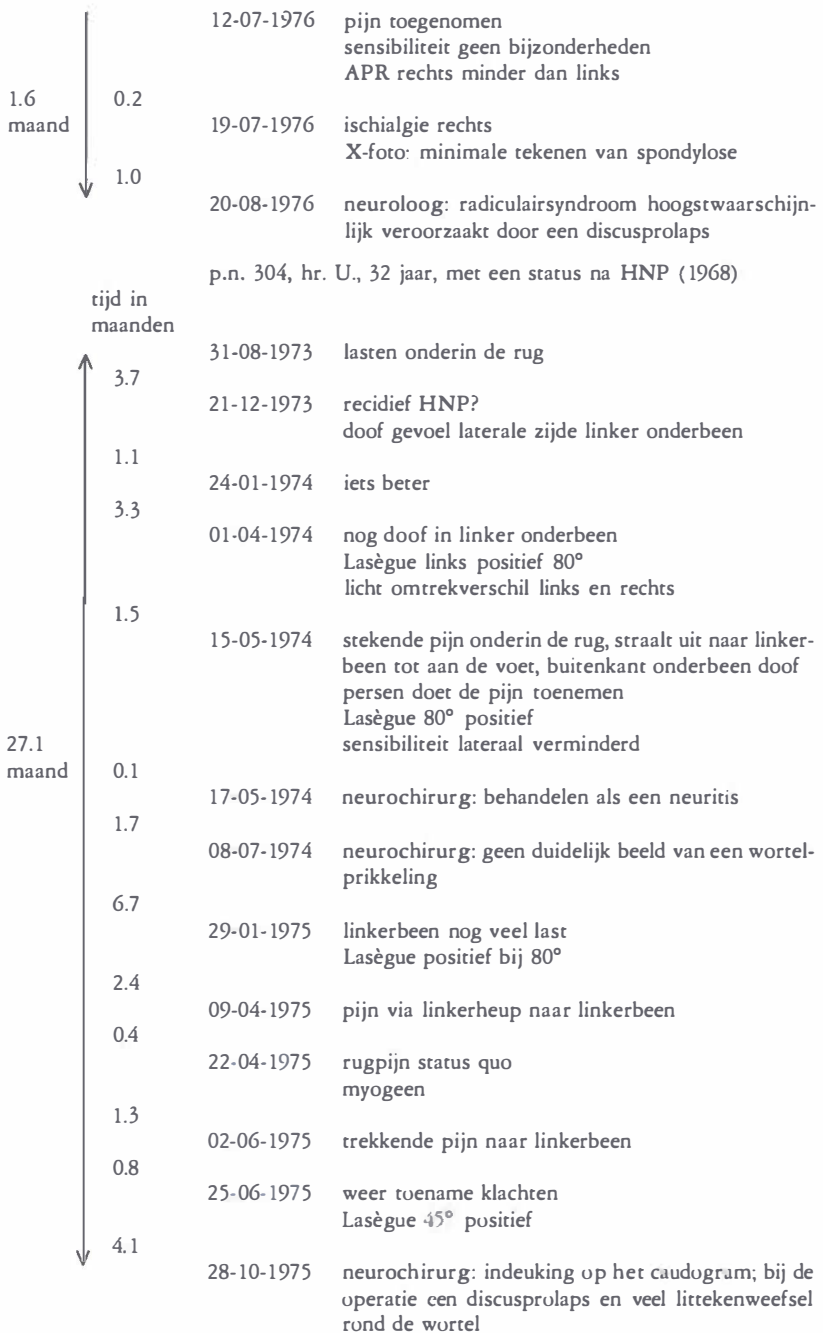
43.0 maand	3.0	13-11-1974	myalgie rug
	7.2	11-02-1975	pijn lendestreek gevoelige plek linkerbil
	11.0	16-09-1975	low back pain, uitstralend naar linkerbeen verstreken lordose
	2.6	17-08-1976	ischialgie links
	0.2	03-11-1976	lumbago-ischialgie
	0.9	09-11-1976	ischias links heftige pijn reflexen: geen bijzonderheden
		06-12-1976	neuroloog: radiculairsyndroom links; op het caudo- gram geen discusprolaps aantoonbaar, maar gezien het klinische beeld en de eiwitverhoging in de liquor moet het een HNP zijn geweest

p.n. 200, hr. A., 34 jaar, met een status na HNP (1970)

7.7 maand		tijd in maanden	
	0.1	14-10-1974	ischialgie links Lasègue 20° positief sensibiliteit buitenkant onderbeen links verminderd
	0.4	16-10-1974	ischialgie
	0.5	29-10-1974	ischialgie links beter geworden
	1.1	13-11-1974	gaat veel beter wel een lichte quadriceps-atrofie
	2.4	16-12-1974	nog pijn in linkerbil
	3.2	27-02-1975	acute lumbago
		03-06-1975	neuroloog: lumbago-ischiassyndroom met radicu- laire prikkeling discusprolaps

p.n. 239, hr. G., 38 jaar.

		tijd in maanden	
	0.4	01-07-1976	proximale ischialgie rechts KPR rechts minder dan links



		p.n. 307, mevr. L., 50 jaar.	
5.3 maand	tijd in maanden		
	↑	27-12-1974	myalgie
	4.2	04-05-1975	ischialgie
	0.3	12-05-1975	neuroloog: HNP zeer waarschijnlijk
	↓	04-06-1975	bij myelografie een grote discusprolaps ter hoogte van L4-L5

Tussen het eerste contact met mij en het stellen van de diagnose hernia verliepen gemiddeld ruim zestien maanden. Uitersten waren de hr. O., p.n. 047 met 0.6 maand en de hr. Q., p.n. 081 met 45.1 maand.

In vijf gevallen kwam de patiënt al de eerste keer met een ischialgie; in de andere gevallen kwam de patiënt met een niet te omschrijven pijn in de rug of het beeld van een lumbago e.d. Na het eerste contact wisselden de diagnoses lumbago e.d. en ischialgie elkaar in de tijd vrij willekeurig af.

Een steeds terugkerende vaste volgorde van diagnoses zoals:

geen diagnose – – – → lumbago – – – → ischias – – – → hernia,
was niet aantoonbaar.

Vier patiënten werden uiteindelijk voor hun hernia geopereerd; drie van hen vanwege een falend conservatief beleid (p.n. 080, p.n. 081 en p.n. 304) en één patiënt op eigen verzoek (p.n. 046).

Van alle patiënten met een HNP werd het klachtenbeloop bestudeerd tot aan medio 1981. Bekeken werd of er in de jaren nadat de diagnose hernia in de 'aaneengesloten periode' was gesteld, wederom vanwege lage rugklachten contact met mij of met een specialist was geweest. Er waren in totaal 44 patiënt-jaren te registreren. Van de 20 patiënt-jaren van de geopereerden was er in tien (50%) geen contact meer met een arts geweest; van de 24 patiënt-jaren van de niet-geopereerden was dit in achttien (75%) het geval. Hoewel de verschillen in registratieduur per patiënt en de kleine aantallen een goede interpretatie moeilijk maken, kan voorzichtig geconcludeerd worden dat

de niet-geopereerde herniapatiënten na het stellen van de diagnose mij of de specialist minder frequent zagen dan de geopereerden. Twee patiënten moesten na een eerste operatie, die plaatsvond in de 'aaneengesloten periode', weer worden geopereerd.

p.n. 046, mevr. O., 46 jaar.

In het vijfde jaar na de operatie zag ik haar weer met ischialgieklachten zonder uitvalsverschijnselen. Analgetica en rust gaven geen verbetering. Verwijzing volgde naar een neuroloog.

Deze specialist sprak over 'oude innervatiestoornissen' en een licht radiculair prikkelingsyndroom.

Het advies was: drie weken absolute bedrust waarna mobilisatie onder leiding van een fysiotherapeut. Twee maanden later was er een aanzienlijke verbetering.

Drie maanden later waren er wederom recidiefklachten met een lumbago-ischiasyndroom.

Op een door de neuroloog gemaakt myelogram werd een gering defect in de contrastkolom aangetoond.

De patiënte was niet te motiveren voor een bedrustkuur.

Bij laminotomie van L5 werden een recidief discusprolaps en enkele kleine stukjes gesequestreerd discusweefsel gevonden.

p.n. 081, hr. Q., 43 jaar.

Na een moeizame, lichte vooruitgang postoperatief met hulp van de fysiotherapeut, die ruim een half jaar behandelde, werd patiënt later weer door mij terugverwezen naar de neurochirurg in verband met ischialgieklachten. Patiënt werd geopereerd omdat op het myelogram weer afwijkingen waren te zien.

Bij de laminotomie werd een recidief HNP L4-L5 gevonden.

Na ook nu weer een moeizaam herstel, veroorzaakt door een radiculitis S1, slechts een tijdelijke verbetering. Enkele maanden later was er wederom het klinisch beeld van een HNP. Hoewel patiënt langzamerhand elk vertrouwen in zijn 'rug' kwijt was en aarzelde zich weer te laten opereren, stemde hij toch met een operatie in. Wederom werd er een recidief HNP L4-L5 gevonden. Herniaweefsel werd verwijderd.

Het advies van de neurochirurg 'elke belasting van de rug vermijden' betekende een volledige afkeuring van de patiënt als kantine-beheerder.

Na een aanvankelijk volgens de hr. Q. 'fantastisch herstel' zag ik hem ook in het jaar daarna weer terug met ischialgieklachten.

Dat een vrij ernstige hernia ook zonder operatie een gunstig verloop kan krijgen, wordt gedemonstreerd aan:

p.n. 307, mevr. L., 50 jaar.

Onder verdenking van een HNP met uitvalsverschijnselen werd patiënte door mij verwezen naar een neuroloog. Deze specialist vond bij onderzoek onder andere een parese van de voetheffers.

Op het myelogram was een grote discusprolaps op het niveau L4-L5 links zichtbaar; de liquor vertoonde een flink verhoogd eiwitgehalte.

Een operatie werd voorgesteld doch patiënte kon hiertoe niet besluiten. Een revalidatie-arts werd door de neuroloog te hulp geroepen om met conservatieve therapie patiënte zo goed mogelijk te helpen.

De neuroloog schreef mij: 'Gezien de omvang van de discusprolaps is het echter te betwijfelen of de revalidatie resultaat zal hebben en vroeg of laat zal ze vermoedelijk toch moeten worden geopereerd.'

Na een niet eens zo stringent uitgevoerde rustkuur thuis en daarna onder leiding van de fysiotherapeut oefentherapie, ging het prima. De parese aan de voet verdween vrijwel geheel.

Ruim een jaar later zag ik haar weer met pijn in de rug met een uitstraling naar het linkerbeen waarvoor ik haar mede gezien de sensibiliteitsstoornissen, weer bedrust en daarna oefentherapie voorschreef.

Wederom een jaar later had patiënte weer zo'n episode. De jaren daarna zag ik haar niet voor rugklachten terug.

— samenvatting en nabeschuiving

De diagnose hernia nucleii pulposi werd bij mijn patiënten vooral in het vierde decennium van het leven gesteld.

In alle gevallen ging aan het stellen van de diagnose HNP een periode vooraf waarin de diagnoses lumbago e.d. en ischialgie elkaar in de tijd willekeurig opvolgden. Een typisch verloop resulterend in het beeld van een hernia was niet aantoonbaar.

Verder bood een operatie geen garantie dat de rugklachten waarvoor contact met een arts werd gezocht, verdwenen. Ook zonder operatie kwam een 'spontaan' verdwijnen van de rugklachten voor.

Eén en ander betekent dat de huisarts mee moet bewaken dat een HNP-operatie alleen op een dwingende, 'harde', indicatie uitgevoerd wordt. Naast zuiver somatische spelen ook psychosociale factoren een rol bij het al of niet verdwijnen van de klachten na een operatie (Roslund 1974). Het betrekken van deze psychosociale factoren bij een goede indicatiestelling voor een operatie is dan ook een dwingende eis, juist in die gevallen waar de indicatie niet zo 'hard' is. Aangezien de huisarts doorgaans beter dan de specialist op de hoogte is van het psychosociale functioneren van de patiënt, lijkt overleg tussen hen beide in die gevallen zeer gewenst.

B.6 De afgekeurden

Wij konden afgekeurde patiënten opsporen doordat de verzekerings-geneeskundige bij een afkeuringsprocedure, waarbij in vele gevallen

ook een specialistisch oordeel wordt gevraagd, een medisch rapport opstelt en daarvan als regel een afschrift laat sturen naar de huisarts van de gekeurde.

Om een volledig beeld te krijgen over deze groep afgekeurden werden door mij bij de Gemeenschappelijke Medische Dienst, het Sociaal Fonds Bouwnijverheid en de Rijks Geneeskundige Dienst aanvullende gegevens van de verzekeringsgeneeskundigen en de arbeidsdeskundigen opgevraagd.

— algemene beschouwingen

Boersma (1979) betoogt: 'Eén dezer dagen zullen wij in ons land een triest record vestigen. Er zullen dan 600.000 uitkeringsgerechtigden zijn in het kader van de arbeidsongeschiktheidswetgeving... 600.000. Maal is tegen iemand gezegd: 'Mevrouw, mijnheer, wij hebben Uw klachten gehoord, wij hebben de feiten en meningen die wij binnen onze mogelijkheden over U konden verzamelen, geanalyseerd en wij zijn tot het oordeel gekomen dat aan U een veranderde sociale status verleend kan worden. Deze status, die wij 'arbeidsongeschiktheid' noemen, ontslaat U van een aantal verplichtingen, zo ook van de verplichting met arbeid geld te verdienen. De sociale verzekering neemt deze verplichting (althans gedeeltelijk) van U over. Einde van de mededeling.'

Binnen onze sociale wetgeving wordt het begrip arbeidsongeschiktheid in drie wetten genoemd, namelijk de Ziektewet (ZW), de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) en de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW).

Ingevolge de WAO en de AAW is een verzekerde arbeidsongeschikt, indien hij als gevolg van ziekte of gebreken buiten staat is om met hem in billijkheid op te dragen arbeid te bestemder plaatse te verdienen hetgeen lichamelijk en geestelijk gezonde personen, van dezelfde soort en soortgelijke opleiding, aldaar met arbeid gewoonlijk verdienen.

In 1976 werden voor de beide wetten in totaal 177.000 adviezen uitgebracht; 88.5% daarvan betrof een meer dan 80% arbeidsongeschiktheidsverklaring en van deze groep had 69.7% betrekking op personen jonger dan 55 jaar. De gemiddelde leeftijd van de nieuwe arbeidsongeschikten was in 1977 46.4 jaar.

In de loop der jaren zijn de kosten in het kader van de arbeidsongeschiktheidswetten met een stormachtige vaart gestegen. In 1970 werd aan de WAO 1.7 miljard gulden gemeenschapsgeld uitgegeven; in 1975 was dat al 5.6 miljard; in 1976 werd aan AAW en WAO gezamenlijk 6.9 miljard en in 1978 circa 11.3 miljard uitgegeven (Centraal Bureau voor de Statistiek).

In de paragraaf 'sociaaleconomische gevolgen' van lage rugklachten werd aangetoond hoe groot het aandeel van patiënten met deze klachten is op het totaal der arbeidsongeschikten. Eeftinck Schattenkerk en Gerrits (1971) konden aantonen dat 2.6% van de ruim 38.000 ziektegevallen die onder de speciale groep 'lage rugpijn' werden gecodeerd, de maximum uitkeringsduur van de Ziektewet bereikte. In een onderzoek van Bergquist-Ullman en Larsson (1977) dat plaatsvond in een fabriek, bleek dat 4% van de ruim 200 patiënten met lage rugpijn na een jaar nog rugklachten had.

Timmer (1979) onderscheidt:

- . discus intervertebralis afwijkingen,
- . vertebrogene pijnsyndromen.

Het verschil tussen deze twee groepen rugklachten is volgens Timmer dat de eerste groep duidelijk objectiveerbare 'harde' diagnoses met een specifiek klinisch beeld weergeeft en dat de tweede groep minder te 'bewijzen' diagnoses en een wat vager klachtenpatroon omvat. Beide groepen waren samen verantwoordelijk voor 9.5% van het totale aantal nieuw togetreden arbeidsongeschikten in 1971; in 1975 zelfs voor 11.6%.

Opvallend was dat in de jaren 1971 tot en met 1975 het aantal gevallen in de groep van de gemakkelijk bewijsbare diagnoses vrijwel constant bleef, terwijl er een duidelijke toename te zien was van de minder te objectiveren klachten. Het is niet voor de hand liggend deze stijging van het aantal arbeidsongeschikten ten gevolge van de 'zachte' rugdiagnoses alleen te verklaren vanuit een progressieve verslechtering van de gezondheidstoestand van de rug. Hilverink (1977) heeft aangetoond dat de oorzaak van de sterke groei van het aantal arbeidsongeschikten een samenhang vertoont met de verslechterde situatie op de arbeidsmarkt en niet kan worden verklaard uit een verslechtering van de gezondheidstoestand alleen. De gevolgen van ziekte of gebrek zijn wel noodzakelijke voorwaarden voor arbeidsongeschiktheid, maar bepalen op zichzelf niet alleen de mate van ar-

beidsongeschiktheid. Volgens de WAO/AAW kan de werkloosheid in het arbeidsongeschiktheidspercentage worden verdisconteerd. Zweekhorst (1979) vermeldt dat 'verdiscontering van de werkloosheid in het arbeidsongeschiktheidspercentage' betekent het toekennen van volledige arbeidsongeschiktheid - en de volle uitkering - als een arbeidsongeschikte ondanks het feit dat hij objectief gesproken best tot arbeid in staat is, door zijn handicap toch (nog) niet wordt aangenomen.

Philipsen (1969) stelt dat buiten de aard van de ziekte een groot aantal kenmerken, die alle min of meer samenhangen met het totale complex van gedragingen schuilgaande onder de naam personeelsbeleid en -beheer, invloed hebben op de verzuimfrequentie en de verzuimduur van de werknemers in een bedrijf.

Ten aanzien van lage rugpijn vonden Bergquist-Ullman en Larsson (1977) dat het zich niet hoeven concentreren op en onvrede hebben in het werk leiden tot een langer ziekteverzuim.

Wat betreft langdurige arbeidsongeschiktheid door lage rugklachten kon Ruinen (1974) constateren dat bij meer dan de helft van alle langdurig arbeidsongeschikten er mede sprake was van een uitgesproken psychosociale problematiek.

Speciaal bij arbeidsongeschiktheid ten gevolge van rugklachten is de kwantificering van de afwijking in de zin van gewogen functiebeperkingen een uiterst moeilijke zaak. Juist doordat er zo vaak discrepanties zijn tussen de objectief gevonden afwijkingen en de subjectief beleefde klachten, is het ook voor de verzekeringsgeneeskundige vaak moeilijk dit alles op zijn waarde te schatten. De verzekeringsgeneeskundige - belast met een afkeuringsprocedure - zal doorgaans zijn oordeel slechts kunnen vellen na een eigen anamnese en onderzoek, en nadat hij informatie ingewonnen heeft bij de controle-arts van de ziektewet, de huisarts, de behandelend specialist en de bedrijfsarts. Bovendien kan hij een specialistische expertise door een onafhankelijk deskundige aanvragen. Na verzameling van de verkregen gegevens zal hij in samenspraak met de arbeidsdeskundige de mate van invaliditeit moeten schatten respectievelijk vaststellen.

De toepassing van de WAO wordt uitgevoerd door de bedrijfsverenigingen; maar voor de beoordeling van het recht op een uitkering is de Gemeenschappelijke Medische Dienst in het leven geroepen. De

bedrijfsvereniging is verplicht voor elke beslissing over een uitkering of een voorziening krachtens de WAO het advies van de Gemeenschappelijke Medische Dienst in te winnen.

Uit het bovenstaande zal duidelijk zijn dat de huisarts over zijn patiënten die langdurig ziek zijn, vooral contact zal hebben met een verzekeringsgeneeskundige van de Gemeenschappelijke Medische Dienst.

Vooraf bij moeilijk te interpreteren klachten, zoals rugpijn, waarbij een arts van de Gemeenschappelijke Medische Dienst voor zijn oordeelsvorming betreffende de arbeidsongeschiktheid afhankelijk is van de adviezen van soms vele andere medici, komt de vraag naar voren of het nog wel zinvol is dat de scheiding van behandeling en controle blijft bestaan. Juist bij lage rugklachten, waarbij psychische en sociale factoren ieder een moeilijk af te grenzen rol kunnen spelen, is de huisarts misschien wel beter in staat een beoordeling te geven over de mate van arbeidsongeschiktheid dan de verzekeringsgeneeskundige aan wie het recht van de beslissing uiteindelijk toekomt. Bij rugklachten is het oordeel van de huisarts van grote waarde naast de somatische bevindingen van de behandelend specialist. In die gevallen waarbij de huisarts bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling moeilijkheden ondervindt, zou het advies kunnen worden ingewonnen van een aan de Gemeenschappelijke Medische Dienst verbonden geneeskundige en/of arbeidsdeskundige.

Volgens Van der Does (1975) wordt de arts-patiëntrelatie, wanneer de huisarts zich op dit sociaalgeneeskundig terrein begeeft, niet geschaad maar wordt deze alleen maar duidelijker, met name waar de patiënt zicht krijgt op het feit dat de arts het verantwoordelijkheidsgevoel van de patiënt zelf mee in de relatie betreft. Van der Does stelt het als volgt: 'Indien men de integrale benadering als juist aanvaardt, dan behoort de vraag: 'Waarom werkt deze man of vrouw met deze klacht nu niet?' in de overlegsituatie tussen patiënt en arts te worden gesteld. Het is toch merkwaardig, dat wij als huisartsen wel menen een uitspraak te kunnen en mogen doen over het genezen zijn van de patiënt, terwijl de vraag of het werk kan worden hervat onuitgesproken blijft liggen of wordt overgelaten aan een volgende instantie, waarmee kostbare tijd en geld zijn gemoeid.'

Philipsen (1969) vreest zelfs dat de ziekteduur nog verder zal toenemen indien geen aandacht wordt besteed aan veranderingen in

de huidige scheiding tussen behandeling en controle. Het zou volgens hem beter zijn als de behandelend geneesheren zich vaker zouden uitspreken over het tijdstip van werkhervatting. Weliswaar ligt één en ander natuurlijk gemakkelijker voor de kortdurende ziektegevallen, doch in principe geldt hetzelfde voor langdurig ziekteverzuim. Immers juist bij langdurig ziekteverzuim is het evenwicht dat de patiënt met zijn omgeving had, ernstig verstoord door allerlei factoren. Zo heeft de betrokkene zijn rol als op productie gericht werker, vervangen door de rol van zieke of invalide. De aandacht die hij voor zijn klachten van allerlei artsen krijgt, veelal in de vorm van alle mogelijke onderzoeken, kunnen hem aan zijn klachten fixeren en daarmee aan zijn rol van zieke of invalide. De situatie in huis en gezin is veranderd. Het gezin heeft zich aangepast aan de voortdurende aanwezigheid van de betrokkene. De interessesfeer van de patiënt is voor een belangrijk deel van de werkomgeving naar zijn woonhuis verlegd. Al deze factoren zijn medebepalend voor het beeld waarmee de patiënt zich op het spreekuur presenteert. Uit dit complexe geheel te moeten vaststellen of er sprake is van arbeidsongeschiktheid als gevolg van ziekte of gebrek, lijkt eerder tot de mogelijkheden van een huisarts dan van een verzekeringsgeneeskundige te behoren.

De huidige wijze van informatie-uitwisseling tussen artsen uit de behandelende en de sociaalgeneeskundige sector kan nogal eens leiden tot het uitspelen van medici tegen elkaar, hetzij door onduidelijke informatie naar de patiënt toe, hetzij door niet voor 'Zwarte Piet' te willen doorgaan.

Een belemmerende factor bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid door de huisarts is gelegen in het feit dat de huisarts uit financieel oogpunt niet onafhankelijk is ten opzichte van zijn patiënten. Zolang er een financiële relatie bestaat tussen de behandelende artsen en de patiënt, zal nog een onafhankelijk, niet-patiëntgebonden, controlerende instantie moeten blijven bestaan.

— gegevens van afgekeurde patiënten

In totaal werd van vijftien patiënten met lage rugklachten een medisch rapport ontvangen. Vier van hen werden volledig arbeidsgeschikt bevonden, zeven werden op grond van hun rugklachten

volledig afgekeurd en vier gedeeltelijk. Dit betekent dat er van alle door ons bestudeerde patiënten, in de 'aaneengesloten periode' uiteindelijk bijna 3% geheel of gedeeltelijk in de WAO/AAW kwam.

Tabel 28 De gedeeltelijk afgekeurden.

	leeftijd waarop afkeuring plaats vond	beroep	patiëntengroep	diagnose(s) waarop afgekeurd, vermeld in rapport	percentage arbeidsongeschiktheid	aantal arts-patiëntcontacten na de afkeuring			
						1e jaar HA ¹	S ²	2e jaar HA	S
Hr.N., p.n. 038	35 jr	timmerman	lang	lumbale discopathie	50%	1	0	0	0
Hr.O., p.n. 043	55 jr	timmerman	lang	statistische rugklachten	50%	2	0	0	0
Hr.J., p.n.156	33 jr	sloper	midden	status na compressiefractuur lumbale I	25%	1	0	4	0
Hr.J., p.n.223	38 jr	boomkweker	lang	rugklachten na HNP-operatie	50%	1	0	1	0

¹HA =huisarts; ² S=specialist

Alle afgekeurden (tabel 28 en 29) waren van het mannelijke geslacht. De gemiddelde leeftijd van de gedeeltelijk afgekeurden was 40 jaar en die van de volledig afgekeurden 45 jaar.

Dat meer dan de helft van de afgekeurden jonger was dan 45 jaar, is zorgwekkend omdat in deze tijd van een verslechterende arbeidsmarkt deze mensen weinig kans hebben weer in een andere functie in het arbeidsproces te worden gereïntegreerd. Uit jaarverslagen van de Gemeenschappelijke Medische Diensten (1975, 1978) wordt duidelijk dat de gemiddelde leeftijd der nieuwe WAO-ers dalende is; in 1977 was deze 46.4 jaar, terwijl de gemiddelde leeftijd in 1969 nog 49.3 jaar was.

Hoe verschillend de sociale consequenties van een afkeuring kunnen zijn, blijkt uit de gegevens van twee patiënten van wie de één op de leeftijd van 22 jaar en de ander op de leeftijd van 64 jaar volledig werden afgekeurd.

Tabel 29		De volledig afgekeurden.						
	leeftijd waarop af- keuring plaatsvond	beroep	patiënten groep	diagnose(s) waarop afge- keurd, vermeld in rapport	aantal arts-patiëntcon- tacten na de afkeuring 1e jaar HA ¹ S ²	2e jaar HA S		
Hr.O., p.n. 048	22 jr	timmer- man	midden	gefixeerde laag thoracale kyfo- se, oude Mor- bus Scheuer- mann	2 1	0	0	
Hr.Q., p.n.081	44 jr	kantinebe- diende	lang	radiculair syn- droom van li- been van reci- diverende aard	2 1	4	1	
Hr.U., p.n.304	36 jr	klokken- maker	lang	status na ope- ratie HNP en recidives HNP	0 0	1	0	
Hr.F., p.n.335	64 jr	afwerker	midden	spondylosis lumbalis	1 0	0	0	
Hr.L., p.n.341	54 jr	vertegen- woordiger	lang	rugklachten en hypalgesie over gehele li- been; gefixeer- de klachten; neurastheen depressief syndroom	2 2	0	0	
Hr.E., p.n.349	46 jr	banket- bakker	lang	flinke discopa- thie; spondylo- sis deformans	2 2	2	0	
Hr.S., p.n.361	51 jr	monteur	midden	oude Scheuer- mann, degener- atieve rugaf- wijkingen en discopathie L3-S1	3 0	1	1	

¹ HA = huisarts; ² S = specialist

¹ HA = huisarts; ² S = specialist

p.n. 048, hr. O., 22 jaar, timmerman.

Patiënt meldde zich met heftige pijnklachten onder de schouderbladen trekkend naar het kruis van de rug.

Bij onderzoek vond ik een gefixeerde ronde thoracale kyfose, een beperkte flexie van de wervelkolom en een onmogelijkheid tot retroflexie van de thoracolumbale wervelkolom. Bij inzage der vroegere gegevens bleek dat patiënt drie jaar eerder in verband met een instabiele knie en een morbus Scheuermann afgekeurd was voor de militaire dienst. De dag na het eerste consult liet ik röntgenfoto's maken van de thoracale en lumbale wervelkolom. Hierop waren duidelijk verschijnselen aanwezig van een oude Scheuermann.

Patiënt werd door mij verwezen naar de orthopaedisch chirurg. Deze adviseerde drie maanden twee keer per week houdingsgymnastiek onder leiding van een fysiotherapeut. Ondanks de fysiotherapie beweerde patiënt meer rugklachten te hebben gekregen. Ook analgetica gaven geen verlichting.

Gezien de werkomstandigheden werd het duidelijk dat een werkhervatting in de bouw zeer onwaarschijnlijk werd. Op advies van de orthopaedisch chirurg, de fysiotherapeut en mij werd aangedrongen op omscholing.

Enkele maanden later werd patiënt volledig afgekeurd. Omscholing of een herinpassing in het normale arbeidsproces bleek onmogelijk.

Ruim twee jaar na de afkeuring werd deze jongeman te werk gesteld bij de Gemeentelijk Sociale Werkvoorziening (GSW) van de stad Groningen.

p.n. 335, hr. F., 64 jaar, afwerker.

Deze man, die vrijwel nooit van zijn werk had verzuimd, zag ik in april 1974 met ischialgieklachten.

Op de door mij aangevraagde X-foto's waren degeneratieve afwijkingen, een oude Scheuermann, een torsiescoliose, een bekkenscheefstand en een lichte osteoporose te zien. Hij kreeg een fysiotherapiekuur. Hoewel hierdoor wel verbetering optrad, namen de klachten toch enkele maanden later weer toe. Zeven maanden na het 'eerste contact' met mij was de pijn weliswaar wat gemakkelijker te dragen, maar klaagde patiënt wel over een prikkelend gevoel in het hele linkerbeen.

Bij onderzoek vond ik sensibiliteitsstoornissen en reflexverschillen tussen het linker- en rechterbeen.

Onder verdenking van een HNP verwees ik hem naar een neuroloog.

Deze constateerde een lumbaal radiculair syndroom links plus tekenen van een pyramidaalsyndroom aan beide benen.

Tijdens een daaropvolgende opname werden geen aanwijzingen gevonden voor een ruimte-innemend proces of een HNP. Voor de ischialgie werd geen verklaring gevonden. Ongeveer elf maanden na het 'eerste consult' bij mij werd patiënt onder de diagnose 'spondylosis lumbalis' volledig afgekeurd.

Gezien de leeftijd en de 'zwaarte' van het werk van de laatstgenoemde patiënt was een afkeuring niet zo verwonderlijk. De afkeuring had voor deze man in tegenstelling tot de eerder genoemde patiënt, nauwelijks grote sociale consequenties.

— kenmerken van de afgekeurden

De gevolgen van een arbeidsongeschiktheidsverklaring treffen niet alleen de afgekeurde zelf, zij treffen zijn hele gezin. Van alle afge-

keurden leefden er vier in een gezinsverband met kleine kinderen en vijf in een gezin met opgroeiende kinderen. Er werden dus negen gezinnen met kinderen geconfronteerd met een arbeidsongeschikte - dat is iemand die vaak maatschappelijk als invalide wordt bestempeld - in hun midden. De consequenties van het verschijnsel lage rugklachten in zo'n situatie moeten we niet onderschatten!

Aantekeningen op de patiëntenkaart over psychosociale problematiek werden bij vijf van de zeven volledig afgekeurden gevonden. Zelf heb ik de indruk dat de afgekeurde zijn ziekte nogal eens blijft 'cultiveren' om zich op die manier te rechtvaardigen.

Vijf van de elf afgekeurde patiënten leefden in een gezin met beroepsniveau 4, drie in een gezin met beroepsniveau 5 en drie in een gezin met niveau 6. Allen waren dus afkomstig uit gezinnen uit de lagere beroepsniveaus. Of dit samenhangt met de rugbelastende arbeid die gewoonlijk meer in de lagere beroepsniveaus voorkomt, blijft uiteraard een vraag. Toch kan het haast geen toeval zijn dat, behalve de kantinebediende (p.n. 081) en de vertegenwoordiger (p.n. 341), alle afgekeurden een rugbelastend beroep hadden. In ons land hebben met name Van Wely (1970) en Zuidema (1976, 1979) duidelijk gemaakt dat er een verband bestaat tussen de aard van de werkzaamheden, de houding tijdens het werk en recidiverende klachten van de rug.

Zeven afgekeurden waren afkomstig uit de patiëntengroep 'lang'. Eén en ander wil zeggen dat ongeveer 16% van de mensen, die de arts vaak en lang voor hun rugklachten consulteerden, uiteindelijk geheel of gedeeltelijk werden afgekeurd.

Bij tien van de elf afgekeurden werden er door mij één of meer verwijzingen naar een 'rugspecialist' gearrangeerd en bij vier van hen leidde dit tot een ziekenhuisopname.

Dat de groep afgekeurden in alle opzichten belast was, wordt nog onderstreept door het gegeven dat allen een 'belaste voorgeschiedenis' hadden.

Opvallend was dat het aantal contacten met mij of de specialist in de eerste twee jaar na de afkeuring zo gering was. Enerzijds zou men kunnen verwachten dat klachten die zo ernstig zijn dat ze tot een afkeuring leiden, onverminderd tot arts-patiëntcontacten aanleiding blijven geven, anderzijds betekent een afkeuring een sociale rechtvaardiging voor iemands pijnklachten waardoor een zeker appèl op de behandelend arts niet meer zo nodig is.

— samenvatting

Ingegaan wordt op de problematiek van langdurige arbeidsongeschiktheid in het algemeen en arbeidsongeschiktheid veroorzaakt door lage rugklachten.

Gepleit wordt voor een opheffing van de scheiding tussen behandeling en controle van mensen die langdurig niet in staat zijn tot werken.

Ten aanzien van de eigen praktijk werd van alle patiënten met lage rugklachten bijna 3% volledig of gedeeltelijk afgekeurd. Het ging daarbij om nog betrekkelijk jonge mannen die doorgaans rugbelastende arbeid moesten verrichten. Allen waren afkomstig uit gezinnen uit de lagere beroepsniveaus.

De afgekeurde patiënten kwamen in de periode voor de afkeuring veelvuldig in contact met mij of de specialist, dit in tegenstelling tot de periode na de afkeuring.

8.5 DE COMMUNICATIE TUSSEN HUISARTS EN SPECIALIST

Vraagstelling 4

1 Formulering van de vraagstelling

Het is in ons land gebruikelijk dat een patiënt alleen na overleg met zijn huisarts met een verwijsbrief wordt verwezen.

Na onderzoek door de specialist ontvangt de huisarts dan na korte of langere tijd een antwoordbrief. Al met al moesten er dus heel wat brieven in mijn archief zitten met als uitgangsthema rugklachten. Ik was erg benieuwd hoe deze correspondentie was verlopen. Een kritische beschouwing zou misschien mogelijk zijn aan de hand van alle verwijs- en antwoordbrieven. Mogelijk kan één en ander leiden tot het opstellen van een optimale, zo men wil ideale verwijsbrief voor de patiënt met lage rugklachten.

Het zal duidelijk zijn dat een 'goede' verwijzing in het belang is van de patiënt. Maar wat is een goede verwijzing? Aan een goede verwijzing kunnen enkele eisen worden gesteld, deze eisen betreffen voor een deel de correspondentie tussen huisarts en specialist. Een goede

brief van de huisarts - maar wat is een goede brief? - en een juist antwoord van de specialist - maar wat is een juist antwoord? - zullen een beeld geven van de communicatie tussen deze beide artsen. Ik zal hierna iets zeggen over deze 'goede' brief en dit 'juiste' antwoord. De vraag kan voorlopig aldus gesteld worden:

4 *Hoe is de kwaliteit van de schriftelijke communicatie tussen huisarts en specialist over de patiënten die met lage rugklachten verwezen zijn?*

2 Algemene beschouwingen

Tussen huisarts en specialist lagen de mogelijkheden voor communicatie vroeger veel gemakkelijker dan tegenwoordig.

Tot enkele decennia terug was het immers geen uitzondering dat de specialist op verzoek van de huisarts per fiets naar de patiënt toekwam. Hij was dan gewapend met stethoscoop, tensiometer, reflex- en percussiehamer. Meer niet. Een enkele maal vond er een aanvullend bloedonderzoek plaats. Na het onderzoek, waarbij dan ook de eigen huisarts aanwezig was, vond overleg plaats en werd de behandeling veelal weer aan de huisarts overgelaten.

Het zal duidelijk zijn dat binnen een dergelijk systeem van consultatie, waarbij kenmerkend was dat één arts de behandeling en de verantwoordelijkheid daarvoor houdt, terwijl de andere hem adviseerde, een optimale samenwerking tussen huisarts en specialist gewaarborgd leek.

Echter vanaf de dertiger jaren heeft een ieder gezien hoe zich de toespitsing van de specialisatie voltrok. Metz (1974) formuleert dit als volgt: 'De artsenstand differentieerde zich vanuit het eerste échelon in deskundigen van deelgebieden. Die deelgebieden werden anatomisch bepaald. De artsen werden deskundigen van één orgaan, orgaandeskundigen, specialisten.' Onmiskenbaar heeft dit geleid tot een grote vooruitgang in het medisch kunnen, maar de tol die betaald moest worden, was het gegeven dat de specialist zo afhankelijk werd van allerlei diagnostische hulpmiddelen dat consultatie van de patiënt aan huis niet meer mogelijk was. Op deze plaats wil ik nogmaals Metz citeren: 'De vooruitgang hield in dat de specialist niet meer met het ziekbed werd geconfronteerd, dat hij zich meer en meer daarvan

verwijderde, dat hij de werkelijkheid van de zieke in anatomische, pathofysiologische, biochemische en atomaire categorieën ging omschrijven. Hij verwijderde zich daarmee van de huisarts. Specialist en huisarts verstaan elkaar niet meer, zij spreken verschillende talen, zij consulteren elkaar niet meer, zij verwijzen naar elkaar. Dat is een hoge tol.'

Het is de taak van de specialist geworden de klachten van mensen te objectiveren om pathologische veranderingen in het lichaam zo goed mogelijk op het spoor te komen. Het zogenaamde 'medische model', waaronder verstaan wordt het zoeken van oorzaken van ziekten in lichamelijk aantoonbare afwijkingen, biedt hiervoor een goed en bruikbaar houvast. Voor vele klachten, waaronder die van de rug, gaat dit echter niet op. Hier wordt de specialist gehinderd door het feit dat hij minder zicht heeft op de levenswijze van de patiënt en dat hij de invloed van psychosociale factoren op het klachtenpatroon van de patiënt veelal moeilijk in een éénmalig contact kan inschatten. Eén en ander wordt duidelijk geformuleerd door Bruins (1974): 'De specialist ziet de patiënt voor een bepaalde periode en voor een bepaald probleem; netter gezegd: zijn functie is episodisch en organgericht.' Door bovengenoemde ontwikkelingen werd enerzijds de verbinding tussen huisartsgeneeskunde en specialistische geneeskunde losser, anderzijds werd juist de noodzaak dat de specialist informatie kreeg over datgene wat juist de huisarts zo goed zou kunnen weten: psychologische, sociale en milieugegevens, groter.

Brieven zijn meer de plaats gaan innemen van het persoonlijke gesprek tussen huisarts en specialist. Om de specialist enigszins op de hoogte te brengen van de klachten en de persoonlijke omstandigheden van de patiënt, schrijft de huisarts een verwijsbrief. In veel gevallen neemt de specialist de behandeling over en kan het dagen tot weken duren voordat de huisarts daar iets over hoort. Deze gang van zaken heeft aan beide kanten wrevel opgewekt. Aan de ene kant staat een huisarts die zijn patiënten overgenomen ziet worden door een arts in een ziekenhuis, die hij niet of nauwelijks kent en met wie hij doorgaans geen persoonlijk contact heeft. Aan de andere kant staat een specialist die niet in alle gevallen te spreken is over de verwijsbrief. Hij vindt deze vaak te summier, zodat 'hij het zelf wel uit zoekt'. Onderzoeken worden nogmaals verricht, dit weer tot onge-

noegen van de huisarts. Het betekent bovendien een extra belasting voor de patiënt.

Om te eisen dat de specialist al zijn verworven hulpmiddelen laat staan en weer samen met de huisarts op huisbezoek gaat, is natuurlijk overtrokken. Samenwerken hoeft immers niet te betekenen dat een patiënt door beide artsen tegelijkertijd moet worden gezien.

Een goede verwijsbrief, met aandacht geschreven en gelezen, en een vlot antwoord waarin wordt ingegaan op de vragen van de huisarts en waarin staat wat van de huisarts verwacht wordt, kunnen evengoed leiden tot een goede samenwerking.

Er is weinig onderzoek gedaan over de schriftelijke correspondentie tussen artsen, ondanks het feit dat dagelijks vele brieven tussen huisartsen en specialisten worden uitgewisseld. Oosterhuis (1974b) analyseerde 200 verwijsbrieven en hun antwoorden; hij wilde nagaan of het antwoord van de specialist inging op de vraagbrief. Uit zijn studie blijkt dat er geen correlatie tussen de samenstellende delen van vraag- en antwoordbrieven optrad. Edens (1977) onderzocht 41 verwijsbrieven van huisartsen aan een revalidatie-arts. Hij komt aan de hand van zijn materiaal tot een negental aanbevelingen voor een betere correspondentie tussen huisartsen en specialisten.

Verschillende collegae hebben in publikaties hun opvattingen over de correspondentie tussen huisarts en specialist geuit. Zo stelt Bremer (1974): 'De huisarts moet zijn probleemstelling goed formuleren.' En uit dezelfde bron: 'Met nadruk zou ik willen wijzen op het belang van een goede schriftelijke communicatie tussen huisarts en specialist. Voor een goede administratie dient de huisarts of zijn praktijk-assistente een schrijfmachine te gebruiken.'

'Het spreekt vanzelf, dat een huisarts die zijn plaats begrijpt, een verwijzing vergezeld doet gaan van behoorlijke inlichtingen; vaak blijft één en ander beperkt tot de zogenaamde bikinibriefjes', aldus Festen (1958). 'De meegegeven informatie is niet altijd toereikend of relevant', schrijft Brand (1974).

Er kunnen zich dus bij het schriftelijk contact tussen artsen nogal wat problemen voordoen. Over deze problematiek is een zeer leesbaar boek verschenen van de hand van Neumann-Mangoldt (1964), dat met name de inhoud en de structuur van een goede brief ter sprake brengt. De auteur eindigt zijn boek met het geven van een aantal spelregels voor een vlotte correspondentie tussen artsen onderling.

Gezien hun belang zal ik deze regels hier letterlijk weergeven:

- ' 1. Das Gespräch sollte beim überweisenden Kollegen beginnen. Auch der Praktiker sollte seine Meinung zum Fall, wenigstens im Telegrammstil, darlegen.
2. Eine Auftragsbeschränkung des überweisenden Arztes (wie 'zum EKG') engt die Handlungsfreiheit des Fachkollegen ein. Nur in Ausnahmefällen (z.B. als Ergänzung vorangegangener Untersuchungen) sollte der überweisende Arzt eine Einzeluntersuchung anfordern, sie dann aber ausreichend begründen.
3. Eine rechtzeitige Benachrichtigung des Kollegen hilft wesentlich, die Zusammenarbeit zu verbessern. Ein Zwischenbericht ist dem Hausarzt oft eine grosse Hilfe.
4. Brief kommt von brevis. Arztbriefe epischer Breite tragen gewöhnlich nicht zum besseren Verständnis eines Falles bei; sie sind zeitraubend für Briefschreiber und Empfänger.
5. Eine Aufzählung von Befunden ist ohne Nutzen, wenn keine Wertung erfolgt. Nur Daten, die für das Krankheitsbild von Interesse sind, sollten genannt werden. Normale Befunde kann man meist weglassen.
6. Der Arztbrief muss ein Urteil enthalten. Auch das Bekenntnis, dass keine Diagnose gestellt werden kann, ist ein Urteil.
7. Jede Diagnose hat eine suggestive Wirkung auf den Arzt und Patienten. Man sei daher mit der Nennung einer Diagnose bei einem nicht gänzlich klaren Symptomenbild zurückhaltend.
8. Für eine gute Zusammenarbeit ist es wichtig, dass die Gesprächspartner einander mitteilen, ob und wie weit der Patient über die Art seines Leidens orientiert wurde. Ebenfalls sollte vermerkt werden, ob therapeutische oder andere eingreifende Massnahmen mit dem Patienten besprochen wurden.
9. Bemerkungen privater und finanzieller Natur gehören nicht in den Arztbrief. Herabsetzende Urteile (etwa über die Behandlung eines anderen Arztes) sind fehl am Platz. Dagegen kann der Arztbrief Mittel für eine vorbehaltlose Diskussion über ein problematisches Krankheitsbild sein.
10. Der Arztbrief gehört - auch verschlossen - nicht in die Hand des Patienten.'

Wanneer al deze regels door een ieder van ons ter harte zouden worden genomen, zal dit ongetwijfeld leiden tot een verbetering van de communicatie tussen huisartsen en specialisten. De enige uitzondering vormt volgens mij regel tien. Het is immers gewoonte dat de patiënt de verwijfsbrief zelf meeneemt naar de specialist. In deze tijd staat zelfs ter discussie of deze brief dan open of gesloten moet worden meegegeven. Bremer en Brinkman (1973) toonden aan dat 92% van de verwijfsbrieven zonder bezwaar geopend aan de patiënt kon worden overhandigd.

Tenslotte wil ik nog duidelijk stellen dat de correspondentie, hoewel erg belangrijk, slechts een onderdeel is van de communicatie en een hulpmiddel in de samenwerking tussen huisarts en specialist. Ook een advies of een tussentijds overleg per telefoon, een gezamenlijk bezoek aan een patiënt in het ziekenhuis en een gesprek vallen onder deze communicatie en bevorderen het contact.

3 De verwerking van de gegevens

Er werd door ons gebruik gemaakt van de gegevens van een onderzoek van Beyleveld en Jansen (1978). Zij kwamen aan de hand van gesprekken met huisartsen en specialisten tot het opstellen van criteria, betreffende de informatie-overdracht, waaraan optimale verwijfs- en antwoordbrieven moeten voldoen. Zij maakten daartoe onderscheid tussen een minimale en een maximale brief. Alhoewel beide onderzoekers brieven onderzochten van eerste verwijfsingen door huisartsen naar internisten en kinderartsen, is hun methodiek ook bruikbaar voor deze studie.

Ik zal eerst weergeven welke punten of rubrieken volgens Beyleveld en Jansen in een maximale verwijfsbrief van de huisarts en een maximale antwoordbrief van de specialist thuishoren.

De verwijfsbrief (maximaal):

1. persoonsgegevens
 - .. naam en voorletters
 - .. adres
 - .. geboortedatum
2. hoofdklacht
 - nevenklacht
 - verdere anamnese

3. eigen onderzoek
4. (voorlopige) diagnose
5. eventueel reeds ingestelde behandeling
andere artsen die werden geconsulteerd voor deze klacht
6. gegevens buiten de klacht zoals:
 - .. vroegere ziekten, operaties
 - .. andere kwalen gelijktijdig onder behandeling van huisarts en/of specialist
 - .. overige medicatie
 - .. familieanamnese
 - .. psychosociale factoren
7. redenen van verwijzing
8. wat aan de patiënt en/of zijn familie verteld is
9. vraagstelling, zoals:
 - .. graag onderzoek, oordeel, advies of behandeling

De antwoordbrief (maximaal):

1. persoonsgegevens
 - .. naam en voorletters
 - .. adres
 - .. geboortedatum
2. hoofdklacht
3. aanvullende anamnese
lichamelijk onderzoek
4. eigen onderzoek
5. diagnose en beloop
6. verder onderzoek; eventuele opname; eventuele operaties
7. therapie
8. prognose
9. wat aan de patiënt en/of zijn familie verteld is
10. ingaan op de door de huisarts gestelde vragen
11. gegevens over werkhervatting

Wanneer alle rubrieken van de als voorbeeld gegeven verwijs- en antwoordbrief zijn ingevuld, noemen we dit een maximale brief of een brief met een maximale lijst.

Wil een verwijsbrief aan de minimeis voldoen dan moeten de punten 1, 4, 7 en 9 zijn ingevuld. Voor de minimale antwoordbrief zijn dat de punten 1, 5 en 10.

In navolging van Beylevelt en Jansen wordt een brief die aan de minimeis voldoet en de relevante punten van de maximale lijst bevat, de optimale brief genoemd.

Afgezien van spoedverwijzingen - waarbij óf van de telefoon gebruik gemaakt wordt óf snel een briefje met de hand wordt geschreven - krijgt iedere patiënt van mij een getypte brief mee voor de specialist. De brieven worden direct na het spreekuur of het visite-rijden door

mij op een dictafoon ingesproken waarna de doktersassistente ze dezelfde dag uittypt. Doorgaans kan de patiënt de brief de volgende dag ophalen.

Alle eerste verwijs- en antwoordbrieven werden door ons bestudeerd op de aanwezigheid van de door Beyleveldt en Jansen genoemde punten. Er werden alleen brieven bestudeerd van de patiënten die tot mijn onderzoekpopulatie behoorden.

Deze inventarisatie werd verricht in samenwerking met een methodoloog om te voorkomen dat ik met name bij de beoordeling van de door mij zelf geschreven verwijsbrieven te weinig objectief zou zijn. Daar we ook wilden beoordelen of er sprake was van een goede correspondentie, leek het noodzakelijk een ander dan de briefschrijver zelf een antwoord te laten geven op deze vraag.

Een vervelende bijkomstigheid was dat ik in de periode 1972-1977 geen doorslagen had gemaakt van de verwijsbrieven. Gelukkig bleken de specialisten naar wie ik doorgaans verwees, deze in alle gevallen getypte verwijsbrieven nog wel te hebben. Zij allen waren behulpzaam bij het verstrekken van fotokopieën.

Slechts één specialist, een orthopaedisch chirurg, beschikte niet meer over mijn verwijsbrieven. Hij had de gewoonte alle brieven van huisartsen na inzage te vernietigen. De correspondentie met deze specialist is daarom niet in het onderzoek betrokken; ook zijn antwoordbrieven die ik in mijn bezit had, werden niet behandeld.

Van alle overige in mijn bezit zijnde verwijsbrieven en de bijbehorende antwoordbrieven gingen we het volgende na:

1. – Voldoet de brief aan de minimumeis?
2. – Zijn de overige gegevens in de brief relevant?
3. – Zijn er punten van de 'maximale lijst' die relevant zijn en niet of onvoldoende in de brief staan vermeld?
4. – Is er sprake van een 'echte' correspondentie of - anders gezegd - hoe sluiten de brieven op elkaar aan?

Hoewel vraagstelling 4 met bovengenoemde vragen te beantwoorden is, gingen wij ook enkele andere zaken na:

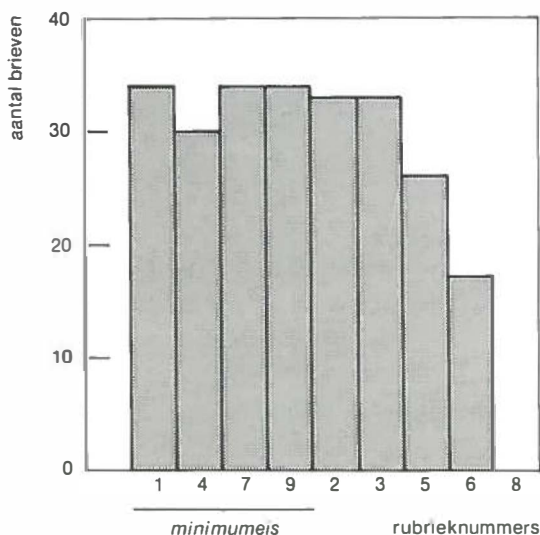
5. – Hoeveel tijd lag er tussen het schrijven van de verwijsbrief en de antwoordbrief?

6. – Vroeg de specialist de patiënt - hetzij voor controle hetzij voor verder onderzoek - terug te komen?
7. – Verwees de specialist, naar wie in eerste instantie was verwezen, de patiënt door naar een andere specialist?

Voor de beantwoording van vraag 5 hebben wij steeds de datering van de verwijs- en antwoordbrief genoteerd. Aangezien ik dagelijks na elk spreekuur de verwijsbrieven insprak op een dictafoon en de assistente de 'bandjes' dagelijks uittipte, konden we de datum van de verwijsbrief gelijk stellen aan de datum van het arts-patiëntcontact voor rugklachten. Bij de antwoordbrieven van de specialisten lag één en ander moeilijker. Wanneer de patiënt precies geweest was, werd meestal niet duidelijk uit de brief en om pragmatische redenen baseerden we ons op de datum waarop de antwoordbrief was geschreven.

4 De resultaten en de beantwoording van de vraagstelling

In totaal werden 68 brieven nader bestudeerd; het betrof 34 verwijsbrieven en de 34 daarbij behorende antwoordbrieven.

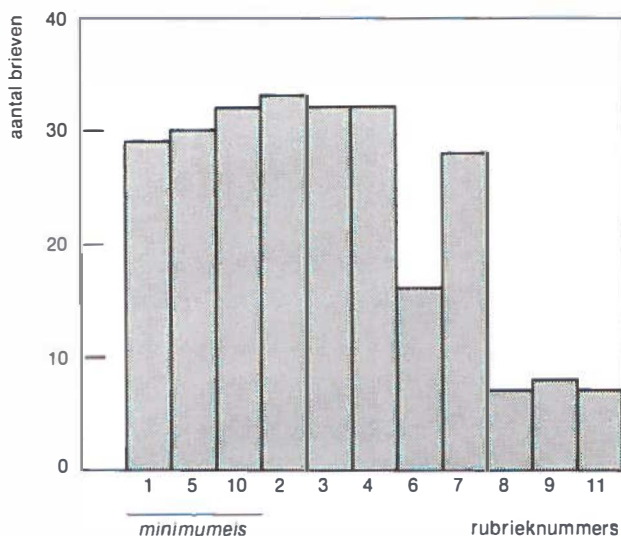


Figuur 17 De verwijsbrieven
Het aantal brieven waarin de rubrieken (1-9) zijn vermeld (N=34)

Er was achttien keer sprake van een briefwisseling tussen mij en een neuroloog en zestien keer tussen mij en een orthopaedisch chirurg. De antwoordbrieven waren afkomstig van twee orthopaedisch chirurgen en vier neurologen.

Figuur 17 laat zien in hoeveel verwijsbrieven door mij de verschillende rubrieken of punten van de 'maximale' verwijsbrief waren ingevuld.

In hoeverre de specialisten in hun brieven aan mij de verschillende rubrieken van de 'maximale' antwoordbrief vermeldden, wordt weergegeven in figuur 18.



Figuur 18 De antwoordbrieven
Het aantal brieven waarin de rubrieken (1-11) zijn vermeld (N=34)

4.1 Voldoet de brief aan de minimumeis?

Er waren vier verwijsbrieven die niet aan de minimumeis voldeden. In alle gevallen betrof het het niet noemen van een (voorlopige) diagnose (rubriek 4).

Als voorbeeld wil ik noemen:

p.n. 200, De Hr. A., 34 jaar.

verwijsbrief (dd 11-4-1975)

'De Hr. A., geb. ..., wonende ... te Roden is uitvoerig bij U bekend. U zag hem in juni 1973 voor het laatst vanwege zijn low back pain. Bij onderzoek vond U een lumbago-ischiasyndroom links, welke waarschijnlijk veroorzaakt werd door een discusprolaps. Sindsdien zou het met de rug redelijk zijn gegaan.

In oktober 1974 zag ik hem ook met een ischialgie links, waarbij de Lasègue aanvankelijk bij 20° positief was. Ik heb hem destijds behandeld met vitamine-B, bedrust en massage/oefentherapie door onze fysiotherapeut. Helaas ontwikkelde zich na de bedrust nog een behoorlijke quadricepsatrofie die gelukkig weer goed is bijgetrokken.

Zoals U weet, heeft hij een myocardinfarct doorgemaakt waardoor hij maatschappelijk gezien een enorme douw heeft gekregen. Nog steeds solliciteert hij naar een geschikte betrekking. Af en toe spelen bij zijn klachten nogal wat psychogene factoren een rol. Onlangs verzocht hij mij opnieuw door U te worden gecontroleerd.

Gaarne Uw hulp, ...'

Alhoewel deze brief een resumé geeft van datgene wat vroeger met de patiënt is gebeurd, wordt niet duidelijk waaraan ik bij de verwijzing van deze patiënt de rugklachten toeschreef. Er zijn wel aanwijzingen zoals 'af en toe spelen bij zijn klachten nogal wat psychogene factoren een rol', maar een diagnose werd door mij niet genoemd.

Er waren acht antwoordbrieven die niet aan de minimumeis voldeden. Soms was zelfs een aantal rubrieken van de minimumeis niet aanwezig. Het vijf keer niet aanwezig zijn van rubriek 1 (persoonsgegevens) kwam in drie gevallen neer op het niet vermelden van de geboortedatum en in twee gevallen op het niet vermelden van het adres van de patiënt.

In vier antwoordbrieven werd rubriek 5 (diagnose en beloop) niet genoemd:

p.n. 254, De Hr. J., 36 jaar.

antwoordbrief (dd 27-11-1975)

'Uw patiënt de Hr. J., geb. ..., wonende ... te Roden zagen wij op 24-11-1975 op de polikliniek in verband met pijn in de liezen en rug en tevens spreidvoeten.

Anamnestic voornamelijk moeheid in de voeten en later op de dag ook laag in de rug. De lasten van de heupen lijken mee te vallen.

Bij onderzoek duidelijke spreidvoeten en lichte holvoeten, tevens wat rechte rug en wat betreft de heupen een normale functie.

Wij verschaften patiënt steunzolen en zien hem zonodig ter controle.'

Deze brief bevat een opsomming van anamnestiche gegevens en bevindingen bij het lichamelijk onderzoek. Een duidelijk verband tussen de klachten en de onderzoekgegevens werd niet gelegd. Een diagnose werd niet genoemd. De huisarts kan op grond van deze brief wel vermoeden dat de specialist een verband zag tussen de voetafwijking en de rugklachten, maar genoemd werd dit niet.

Twee brieven voldeden niet aan de minimumeis doordat de specialist niet inging op de door mij gestelde vragen (rubriek 10). Bij het ontbreken van rubriek 10 kunnen we bovendien spreken van 'slechte' correspondentie.

4.2 Zijn de overige gegevens in de brief relevant?

In vijf verwijsbrieven aan de specialist werd door mij irrelevante informatie gegeven. Het betrof steeds 'gegevens buiten de klacht' (rubriek 6). Als voorbeeld:

p.n. 172, De Hr. A., 55 jaar.

verwijsbrief (dd 13-3-1975)

'Vandaag zag ik op mijn spreekuur de Hr. A., geb. ..., wonende ... te Roden.

Anamnese: Reeds vele maanden klaagt deze man over een moe en stijf gevoel onderin de rug. Bovendien vaak een zeurende pijn zonder duidelijke uitstraling.

Patiënt werd in oktober vorig jaar gezien door collega A., longarts, vanwege zijn ernstige astma. Deze collega liet destijds nog wervelfoto's maken. Uitslag: gefixeerde lichte scoliose. Discus L4-L5 en L5-S1 sterk versmald. Ook proximaal enkele disci versmald. Verder een lichte spondylose in het distale deel der lumbale wervelkolom.

Patiënt kreeg UKG en massage, echter zonder resultaat.

Voor zijn CARA gebruikt hij o.a. prednisolon 5 mg dd.

Voorgeschiedenis: In het verleden zou hij drie keer ischias hebben gehad.

Onderzoek: Sterke dyspnoe, ook in rust. Duidelijke inspiratoir en expiratoir piepen.

Gewicht 75 kg bij een lengte van 170 cm.

Lumbale wervelkolom: verstreken lumbale lordose; flexie/extensie/rotatie van de lumbale wervelkolom beperkt, doch niet pijnlijk. Lasègue beiderzijds negatief. KPR rechts is links positief. APR rechts is links positief. Geen sensibiliteitsstoornissen.

Conclusie en vraagstelling: Objectief is er, gezien de uitslag van de rugfoto, mogelijk een verklaring voor zijn klachten. Patiënt houdt ondanks de fysiotherapie onverminderd klachten. Het beeld imponeert niet als dat van een HNP. Wel is er ook sprake van een duidelijk overgewicht.

Gaarne Uw verder onderzoek en eventuele suggesties voor therapie.

N.B. Patiënt is reeds jaren in de WAO vanwege zijn CARA.'

Tussen het langdurig slikken van prednisolon en het optreden van rugklachten kan men eventueel nog verband leggen, maar de vermelding van de pulmonale status van de patiënt, van zijn lengte en gewicht is overbodig. Ze makendebriefextralangen daardoor wordt de kans groter dat de verwijsbrief niet of met minder aandacht door de specialist wordt gelezen. Een verwijsbrief zal qua tekst zonder meer kort gehouden moeten worden.

In de antwoordbrieven waren de gegevens die naast de rubrieken van de minimumeis werden vermeld, in alle gevallen relevant.

- * Samenvattend kan gesteld worden dat de specialistenbrieven nooit te uitgebreid en de verwijsbrieven in enkele gevallen te uitgebreid waren.

4.3 Zijn er punten van de 'maximale lijst' die relevant zijn en niet of onvoldoende in de brief staan vermeld?

Een beantwoording van deze vraag was pas mogelijk als zowel de verwijs- als de antwoordbrief waren gelezen.

Bij de verwijsbrieven ontbraken er in negen brieven één of meer rubrieken: rubriek 2 en 3 ontbraken ieder één keer, rubriek 5 ontbrak vier keer, rubriek 6 vijf keer en rubriek 8 drie keer. Het niet vermelden van relevante 'gegevens buiten de klacht' (rubriek 6) en het niet vermelden van 'wat aan de patiënt en/of zijn familie is verteld' (rubriek 8) waren de belangrijkste tekortkomingen in deze brieven.

Ten aanzien van de antwoordbrieven vonden we dat in twaalf ervan één of meer punten of rubrieken niet aanwezig waren: rubriek 2, 3, 4 en 7 éénmaal; rubriek 8 vier keer; rubriek 9 acht keer en rubriek 11 drie keer.

Het meest misten wij in de brieven van de specialist informatie over 'wat aan de patiënt en/of zijn familie verteld is' (rubriek 9). Ook had de specialist naar onze mening in vier gevallen in moeten gaan op de 'prognose' (rubriek 8) en in drie brieven hadden de 'gegevens over werkhervatting' (rubriek 11) beter vermeld kunnen worden.

Wanneer we de figuren 17 en 18 nog eens nader beschouwen, valt op dat in mijn verwijsbrieven relatief weinig werd geschreven over 'gegevens buiten de klacht' (rubriek 6) en nooit over datgene 'wat aan de patiënt en/of zijn familie is verteld' (rubriek 8).

De specialisten schreven in hun antwoordbrieven relatief weinig over de 'prognose' van de rugkwaal (rubriek 8), over 'wat aan de patiënt en/of zijn familie is verteld' (rubriek 9) en over de mogelijkheid van werkhervatting (rubriek 11).

Opvallend was dat, hoewel ik in de verwijsbrief nooit schreef over de door mij aan de patiënt gegeven informatie, toch in acht antwoordbrieven een tekortkoming werd geconstateerd als de specialist niets vermeldde over wat hij had gezegd aan de patiënt. Dit heeft ongetwijfeld te maken met het feit dat de huisarts de patiënt na een verwijzing meestal weer terugziet of spreekt. Vaak zal de huisarts de specialistische gegevens moeten uitleggen aan de patiënt. Dit wordt in enkele gevallen ernstig bemoeilijkt doordat de specialist aan de patiënt wel informatie heeft gegeven zonder daarover in zijn brief iets te schrijven. Eén en ander kan tot verwarrende en vervelende situaties leiden.

Dat door ons slechts in zeven van de 34 antwoordbrieven informatie werd gemist over een eventuele werkhervatting, geeft wel aan hoe weinig het onderwerp arbeidsongeschiktheid in de correspondentie voorkwam, hoewel iedereen weet hoe vaak rugklachten tot werkverzuim leiden. In een tijd waarin wordt gesproken over het laten verdwijnen van een scheiding tussen behandeling en controle nopen de genoemde getallen tot nadenken. Mocht het in de toekomst ooit zo worden dat huisartsen adviezen over arbeidsongeschiktheid moeten verstrekken aan de Gemeenschappelijke Administratiekantoren en bedrijfsverenigingen, dan zal de rubriek 'gegevens over werkhervatting' in de briefwisseling tussen huisarts en specialist veel meer aandacht moeten krijgen.

- * Samenvattend kan gezegd worden dat in mijn verwijsbrieven het meest 'gegevens buiten de klacht' ontbraken, zoals informatie over de persoonlijke omstandigheden van de patiënt en een vermelding over het 'psychisch dysfunctioneren' van de patiënt. De specialist had in zijn brieven vooral meer moeten ingaan op wat hij aan de patiënt of zijn familie had gezegd.

4.4 *Is er sprake van een 'echte' correspondentie of - anders gezegd - hoe sluiten de brieven op elkaar aan?*

Een brief werd als 'optimaal' beschouwd als voldaan werd aan drie voorwaarden, namelijk:

1. – De brief voldoet aan de minimumeis.
2. – De overige gegevens in de brief zijn relevant.
3. – Er zijn geen relevante punten van de maximale lijst die niet of onvoldoende in de brief staan.

Het aantal optimale verwijsbrieven was twintig van de 34 totaal; het aantal optimale antwoordbrieven zeventien van de 34 totaal.

Van de twintig optimale verwijsbrieven werden er dertien optimaal beantwoord; zeven optimale verwijsbrieven kregen dus een niet-optimaal antwoord. Het aantal niet-optimale verwijsbrieven was veertien; op deze brieven kwam vier keer een optimale antwoordbrief.

Uitgedrukt in percentages betekent dit dat wanneer een verwijsbrief optimaal was geschreven, in 65% der gevallen een optimaal antwoord kwam en dat wanneer de verwijsbrief niet optimaal was, er in ongeveer 29% een optimale antwoordbrief kwam. We kunnen dan ook concluderen dat het al of niet optimaal zijn van de verwijsbrief een duidelijke invloed had op het optimaal zijn van de antwoordbrief. Dit onderstreept het belang van het schrijven van een goede brief door de huisarts bij zijn verwijzing van patiënten met lage rugklachten.

Wanneer de verwijsbrieven en de daarbij behorende antwoordbrieven met elkaar werden vergeleken, bleek er in 28 van de 34 gevallen sprake te zijn van een 'goede' correspondentie, waaronder wordt verstaan dat de huisarts goed op de hoogte werd gebracht van de diagnose, het onderzoek en de behandeling en dat er door de specialist werd ingegaan op vragen die in de verwijsbrief waren gesteld. In de 28 gevallen waarbij sprake was van een goede correspondentie telden we twintig optimale verwijsbrieven, waarop twaalf optimale antwoordbrieven kwamen. Dit betekent dat een optimale verwijsbrief geen goede correspondentie garandeert. Ook na niet-optimale verwijsbrieven kwam goede correspondentie voor.

Een optimale verwijsbrief, een optimale antwoordbrief en een goede correspondentie - de ideale situatie - was in twaalf van de 34 briefwisselingen tussen mij en de specialist aanwezig. Twee voorbeelden:

p.n. 349, De Hr. E., 44 jaar.

verwijsbrief (dd 14-9-1976)

'Op het spreekuur vandaag zag ik de Hr. E., geb. ..., wonende ... te Roden.

Anamnese en voorgeschiedenis: Patiënt klaagt al vele jaren over rugpijn. In het verleden zou door collega B., orthopaedisch chirurg, gesproken zijn van een latente HNP.

Patiënt heeft in wisselende mate klachten en frequenteert mijn spreekuur met low back pain vaak gepaard gaand met een uitstraling naar het linkerbeen. Niezen zou de pijn soms doen toenemen. Meestal heeft patiënt hiermee zijn werk normaal verricht. Momenteel is hij echter drie maanden in de ziektewet. Hij is nu in totaal 24 keer fysiotherapeutisch behandeld zonder enig resultaat. Ook analgetica gaven geen verbetering.

Onderzoek: Fors gebouwde man. Verstreken lumbale lordose. Lichte thoraco-lumbale scoliose naar rechts. Flexie, extensie en rotatie in de wervelkolom pijnlijk doch niet beperkt. Heupen: beiderzijds g.b.

Oriënterend neurologisch onderzoek: g.b. Geen pathologische reflexen. Geen sensibiliteitsuitval.

X-foto thoracale en lumbale WK (dd 4-6-1976, codenr. C 142671-Dkh.): Discusdegeneratie L5/S1 met een duidelijke tussenwervelspleetversmalling en wat onregelmatige begrenzing van de aangrenzende sluitplaten.

Conclusie: Mogelijk hebben we hier te maken met een HNP alhoewel het beeld niet helemaal typisch is. In ieder geval staat patiënt bij mij bekend als een hardwerkende man die niet gauw klaagt. Gezien het feit dat hij nu drie maanden in de ziektewet zit en conservatieve therapie nauwelijks resultaat heeft geboekt, graag ook eens jouw beoordeling. Misschien is hier toch wel een myelogram aangewezen?

Gaarne je hulp ...'

antwoordbrief (dd 23-9-1976)

'De Hr. E., geb. ..., wonende ... te Roden heeft vanaf de winter 1975 een recidief pijn bdz. laag in de rug, rechts meer dan links en toenemend bij lang staan, lang zitten, bukken en tillen. De pijn in het linkerbeen is verdwenen na fysische therapie. Vooral bepaalde onverwachte bewegingen en bepaalde houdingen van de romp hebben een provocerende invloed.

Subjectief geen stoornissen in de sensibiliteit of motoriek van de benen. Ruim twaalf jaar geleden is hij uitgegleden met een zak op de rug, waarbij hij een onverwachte beweging met de romp naar achteren maakte, waarbij het hem 'in de rug schoot' - patiënt had heftige pijn laag in de rug zodat hij 'geen vin kon verroeren'. Sindsdien heeft hij geregeld gedurende korte of langere perioden bovengenoemde klachten.

Bij het onderzoek van deze forse, normaal gebouwde man is er een licht gebogen houding. De wervelkolom toont een normale cervicale lordose, een toegenomen laag thoracale kyphose en een verminderde lumbale lordose met een thoracolumbale scoliose. Been-

lengte rechts=links - geen duidelijke bekkenscheefstand. Bdz. hypertone paravertebrale rugspieren links meer dan rechts.

Bij inspectie van benen en voeten g.b. Flexie en extensie van de romp zijn beperkt met fixatie van lumbale bewegingssegmenten. Lateroflexie naar links en rechts blijken vrijwel normaal mogelijk te zijn. Bij alle bewegingen van de romp pijn bdz. paralumbaal rechts iets meer dan links. Locale pijn bij druk op L4L5S1 - geen asdrukpijn. Hoofdbuigsymptoom neg. De proeven van Kemp en Lasègue provoceren geen radicaire pijn-toename van de pijn bdz. paralumbaal. Sensibiliteit, motoriek, coördinatie en reflexen geen afwijkingen. Perifere zenuwen bdz. niet pijnlijk bij palpatie. Anamnesticheer geen stoornissen in de functie van blaas en rectum. BSE: 3 mm. Urine: g.b.

X-lumbale wervelkolom: verminderde lordose, discus L5S1 versmald met minimale spondylosis deformans.

Gezien de duur van de klachten en het feit dat deze nauwelijks verbeterden onder invloed van de behandeling zou ik patiënt willen opnemen voor contrastonderzoek, waarna we kunnen overleggen welke behandeling verder zou moeten worden ingesteld.

Voorlopig symptomatisch de gebruikelijke adviezen en een combinatie van een spierverlappend en een pijnstillend middel?'

p.n. 370, De Hr. F., 23 jaar.

verwijsbrief (dd 18-3-1976)

'Vandaag zag ik de Hr. F. ..., wonende ... te Roden.

Anamnese: Via het sportkeuringsbureau werd patiënt naar mij verwezen. Hij klaagt de laatste jaren regelmatig over een pijnlijk gevoel laag lumbaal en in de rechterheup.

Verder draagt hij sedert enkele jaren steunzolen in verband met pedes plani.

Onderzoek: Inspectie: bekkenscheefstand ten nadele van rechts. Kleine scoliose lumbaal. Bij flexie van de wervelkolom staat de rechter scapula hoger dan links. Er is een lengteverschil van 2 cm ten nadele van rechts. KPR: rechts is links is positief. Normale voetzoolreflexen. Lasègue beiderzijds negatief. Er is duidelijk sprake van pedes plani.

Conclusie: We hebben gedacht ik te maken met een torsiescoliose. Hoewel er een beenlengteverschil is, lijkt me deze scoliose niet alleen compensatoir.

Gaarne Uw verdere beoordeling.'

antwoordbrief (dd 27-4-1976)

'Uw patiënt de Hr. F., geb. ..., wonende ... in Roden zag ik op 20-4-1976 op de polikliniek in verband met rug en rechterheup.

Anamnesticheer sinds korte tijd wat pijn aan de achterzijde van het rechter bovenbeen mogelijk met pijn bij hoesten, niezen en persen doch niet duidelijk bij bukken. De man zit de gehele dag in de auto.

Bij onderzoek bestaat een compensatoire rechts-convexe lumbale scoliose en tevens een Scheuermann met S-scoliose. De beweging is lumbaal wat beperkt. Er is 2 cm beenlengteverschil ten nadele van rechts.

Röntgenologisch aan de lumbale wervelkolom een rechtsconvexe lumbale scoliose en geen arthrose.

Concluderend dus beenlengteverschil, lumbago en Scheuermann.

Ik adviseerde sporten e.d. en gaf patiënt geen hakverhoging aangezien hij niet het gevoel heeft scheef te staan en aangezien hij in het lood staat.'

Hoewel deze brieven wat de anamnestiche en onderzoekgegevens betreft duidelijk van elkaar verschillen, sluiten ze goed op elkaar aan. De huisarts werd goed op de hoogte gebracht van de diagnose, het onderzoek en de aan de patiënt verstrekte adviezen.

Wanneer er geen aanwijzingen zijn voor het bestaan van psychosociale problematiek, die de klacht mogelijk beïnvloedt, heeft het vermelden hiervan zoals in het laatstgenoemde patiëntenvoorbeeld geen zin.

Vervolgens wil ik nog twee voorbeelden noemen van een verwijzing waarbij de verwijs- en antwoordbrief niet optimaal waren en waarbij sprake was van een slechte correspondentie:

p.n. 380, Mevr. U., 70 jaar.

verwijsbrief (dd 20-11-1973)

'Vandaag zag ik weer Mevr. U., geb. ..., wonende te Roden. Patiënte klaagt reeds anderhalf jaar over een pijnlijk gevoel onderin de rug met soms een uitstraling naar het rechterbeen, de pijn zou nooit verder trekken dan de knie. Bukken en persen zouden geen duidelijke invloed hebben op de pijn. Patiënte heeft in het verleden herhaaldelijk U.K.G. en massagekuren gehad.

Een optimistisch begonnen reis in juli dit jaar naar Indonesië werd helaas abrupt afgebroken vanwege een acute exacerbatie van haar klachten. In een rolstoel kwam ze weer op Schiphol aan, waarna ze drie week op bed kwam te liggen. Helaas ontwikkelde zich toen ook nog een herpes zoster in het gebied van L1-L2. Momenteel wordt ze gemasseerd en krijgt U.K.G. op het lumbale gebied en de rechter heup. Verder krijgt ze vier keer daags één tomanol. Vanwege een lichte hypertensie gebruikt ze elke dag één tablet lasix, verder valium 5 mg tabletten indien nodig.

Onderzoek: Patiënte heeft een vreemd waggelend looppatroon, waarbij ze in een kromme houding loopt. Versterkte lumbale lordose. Flexie, extensie, rotatie van de wervelkolom beperkt, maar niet pijnlijk. In de rechterheup sterk beperkte endo- en exorotatie, verder een beperkte abductie. Aan de linkerkant is dit in veel mindere mate aanwezig. Lasègue beiderzijds negatief. Geen drukpijn op het gebied van de nervus ischiadicus beiderzijds. De sensibiliteit aan de beide onderbenen is ongestoord. KPR en APR beiderzijds positief. *X-foto's:* Vanuit Indonesië kreeg ik van de orthopaedisch chirurg de uitslag van de X-foto's, waarbij 'an osteoarthritic spine with a marked collapse of the L4-L5 disc space' werd gevonden. Verder: 'On the right hip an osteoarthritis' en 'She does not appear to have a disc lesion.'

Conclusie en vraagstelling: In Indonesië kreeg zij een orthopaedisch corset aangemeten. Gezien de daar gevonden afwijkingen en mijn bevindingen lijkt het me verstandig dat U ook wilt beoordelen in hoeverre we haar nog hulp kunnen bieden. Hoewel patiënte gezien de uitslag van de X-foto's mogelijkerwijs recht heeft op klachten, speelt in het geheel toch ook duidelijk een psychogene component mee. Afhankelijk van allerlei spanningen en emoties thuis, wisselde het beeld nogal sterk.

N.B. Ik vergat nog te vermelden dat het gewicht 77 kg was bij een lengte van 162 cm. Een duidelijk overgewicht dus dat met allerlei dieetadviezen niet naar beneden te krijgen is.'

antwoordbrief (dd 29-11-1973)

'Mevr. U. - de voorletters ontbraken - geboortedatum ontbrak -, wonende ... te Roden, kwam met een steunstok rechts wat niet juist is bij coxarthrosis rechts. Ze zou veel last hebben, ook 's nachts en in dat geval zou operatieve behandeling kunnen worden overwogen. Het vervelende is echter dat ze vertelt al acht maal trombose gehad te hebben en ze heeft ook nu nog wat oedeem. Mocht ze zoveel last hebben dat ze voor operatie voelt dan moet ze nog maar contact met mij opnemen, gezien de foto is het echter zeer wel mogelijk, dat ze reële klachten heeft en dan is het waarschijnlijk wel verantwoord onder bescherming met anticoagulantia haar te opereren.'

In dit voorbeeld is mijn verwijsbrief waarschijnlijk niet door de specialist gelezen. In de antwoordbrief wordt op geen enkele manier ingegaan op de door mij genoemde rugklachten. Uit de brief is niet op te maken of de specialist de heuppathologie (mede)verantwoordelijk stelde voor de rugpijn.

Proberen we na te gaan wat de oorzaak van deze slechte correspondentie geweest kan zijn, dan valt op dat in de verwijsbrief geen diagnose werd genoemd. De brief bevat een resumé van enkele relevante doch ook irrelevante zaken. Als irrelevant beschouwen we: 'Een optimistisch begonnen reis in juli dit jaar naar Indonesië werd helaas abrupt afgebroken vanwege een acute exacerbatie van haar klachten. In een rolstoel kwam ze weer op Schiphol aan ...' en 'Vanwege een lichte hypertensie gebruikt ze elke dag één tablet lasix, verder valium 5 mg tabletten indien nodig' en de gegevens onder N.B. Dergelijke irrelevante inlichtingen maken de brief onnodig lang en daarmee de kans gelezen te worden kleiner.

In de tweede plaats is het de vraag of het verstandig is negatieve bevindingen van het lichamelijk onderzoek te vermelden. Het is niet ondenkbaar dat daardoor de wel van de norm afwijkende bevindingen niet duidelijk naar voren komen.

Wel relevant lijkt mijn vermelding van enkele gegevens over het psychosociale functioneren van de patiënt temeer omdat de specialist in zijn meer ad hoc gericht contact met de verwezene hierop in de regel minder zicht kan krijgen. Een gegeven als: 'afhankelijk van allerlei spanningen en emoties thuis, wisselde het beeld nogal sterk' zal door de specialist ter harte moeten worden genomen.

Dat een slechte correspondentie mede kan leiden tot voor de patiënt onaangename gevolgen, wordt aangetoond door de 'nageschiedenis' van deze patiënte bij wie enkele maanden later een Mc. Murray osteotomie rechts werd verricht en drie jaren later een totale heuparthroplastiek rechts. Hoewel ik aan de strikte indicatie van deze operaties niet wil tornen, moet geconstateerd worden dat alle aan de patiënt verrichte ingrepen geen enkele verandering hebben gegeven in het klachtenpatroon over haar rug. Ze heeft nog steeds continu pijn in de rug en loopt nu met twee elleboogkrukken. Wanneer zowel door mij als door de specialist meer rekening was gehouden met de invloed van psychosociale stressfactoren op haar klachten, had een minder agressief beleid mogelijk tot een beter resultaat kunnen leiden.

Een goede communicatie tussen huisarts en specialist is juist bij patiënten als deze van groot belang. Daar deze communicatie doorgaans alleen bestaat uit een onderlinge briefwisseling, is juist de kwaliteit van deze brieven medebepalend voor een goede samenwerking.

p.n. 099, de Hr. A., 43 jaar.

verwijsbrief (dd 16-2-1976)

'De Hr. A., geb. ..., wonende ... te Roden klaagt reeds jaren overeen zeurende pijn onderin de rug, met soms een wat doof en prikkelend gevoel van het linkerbeen. Bij hoesten en niezen heeft hij geen extra pijnklachten.

Onderzoek: Lumbale wervelkolom: flexie, extensie en rotatie normaal en onbeperkt mogelijk. Geen drukgevoeligheid in het verloop van de N. ischiadicus. Lasègue beiderzijds negatief. KPR en APR is rechts is links positief. Wel is er sprake van pedes plani.

Conclusie: In zijn jeugd heeft patiënt steunzolen gedragen. De laatste 12 jaar heeft hij deze echter weggelaten. Aan zijn rug kan ik dus geen afwijkingen vinden. Wel heb ik de indruk dat zijn pedes plani debet zijn aan zijn rugklachten.

Gaarne Uw beoordeling en evt. voorschrijving van steunzolen.'

antwoordbrief (dd 17-8-1976)

'Uw patiënt de Hr. A., geb. ..., wonende ... te Roden, zag ik op 16-8-1976 op de polikliniek in verband met de rug en de voeten.

Anamnesticus zeer wisselend rugklachten voornamelijk als lumbago met startstijfheid 's morgens. De man heeft het gevoel soms scheef te lopen. De voeten en benen geven geen lasten. De laatste tijd zijn er ook nek- en hoofdpijn geweest die hij wijt aan geestelijke spanningen. De werkzaamheden zijn zeer wisselend met lopen en zitten.

Bij onderzoek wat de rug betreft lumbaal toch vrij star met redelijke musculatuur. Cervi-

caal geringe stijfheid met hypertonie en drukpijn over de musculatuur vooral links. Wat de voeten betreft zeer gering doorgezakte voorvoeten met volledig normaal afgelopen schoeisel en normaal patroon van de voet aan de binnenzijde.

Concluderend toch licht cervicaalsyndroom en een insufficiëntia dorsi.

Ik gaf de man een periode massage en UKG voor de nek en een instructieperiode voor oefeningen van de rug. Een psychogene component is zeker mogelijk.'

Merkwaardig is dat er een tijdsinterval van zes maanden was tussen het schrijven van beide brieven. In die tijd had ik deze patiënt niet weer voor zijn rugklachten teruggezien. In de antwoordbrief komt deze periode van zes maanden niet aan de orde.

Deze keer was het de specialist die mij attendeerde op de mogelijkheid van psychogene componenten in het klachtenpatroon van de patiënt.

In mijn brief ontbraken gegevens over een eventueel in het verleden ingestelde behandeling; de patiënt had immers al jaren rugklachten. Uit de brief van de specialist kon niet worden opgemaakt of deze de patiënt had ingelicht over de oorzaak van de rugklachten. Temeer omdat de mogelijkheid van een psychogene beïnvloeding werd genoemd, kan dit van belang zijn.

- * Resumerend kan gezegd worden dat het al of niet optimaal zijn van de verwijsbrief een duidelijke invloed had op het optimaal zijn van de antwoordbrief. In 28 van de 34 briefwisselingen tussen huisarts en specialist was er sprake van een goede correspondentie. Aan de hand van enkele brieven werd inhoudelijk op de kwaliteit van deze correspondentie - goed of slecht - ingegaan.

4.5 Hoeveel tijd lag er tussen het schrijven van de verwijsbrief en de antwoordbrief?

Een storende factor in de communicatie tussen huisarts en specialist ontstaat wanneer het (te) lang duurt voordat de huisarts op de hoogte is gebracht van de bevindingen van de specialist.

De duur van deze 'wachttijd' is afhankelijk van een aantal factoren:

- maakt de patiënt na verwezen te zijn ook direct een afspraak?
- heeft de specialist een (lange) wachtlijst?
- worden de antwoordbrieven direct gereedgemaakt en verzonden?

Hoe lang het duurde voordat ik de antwoordbrieven kreeg is te zien in tabel 30.

Tabel 30 De tijd tussen het schrijven van de verwijsbrief en het ontvangen van de antwoordbrief bij 34 briefwisselingen tussen mij en de specialist over patiënten met lage rugklachten.	
aantal briefwisselingen	de weken na de verwijzing, waarin bericht werd ontvangen van de specialist
5	1e
12	2e
1	3e
2	4e
5	5e
4	6e
5	na de 6e week
—	
34	

In alle gevallen ging het om een eerste polikliniekbezoek waarbij doorgaans geen gebruik werd gemaakt van tijdvergende diagnostische onderzoekingen.

Afgezien van de patiënten die dralen een afspraak bij de specialist te maken, is het teleurstellend te moeten constateren dat slechts in vijf gevallen binnen een week antwoord van de specialist binnenkwam. Voor de huisarts die de verwijzing bij rugklachten nogaleens arrangeert om een stuk morele steun te krijgen, is deze 'wachttijd' vaak een vervelende zaak omdat de patiënt zich in deze periode veelal bij blijvende klachten weer tot hem wendt. Er ontstaat dan nogal eens een irritatie van de kant van de huisarts; verder is er in afwachting van de brief wel eens sprake van een therapeutisch vacuum waarmee niemand gebaat is en dat bovendien kan leiden tot extra lang ziekteverzuim.

Dat het bij meer dan 85% van de patiënten langer duurde dan een week voordat ik bericht kreeg, was veel ongunstiger dan werd verwacht.

4.6 *Vroeg de specialist de patiënt - hetzij voor controle hetzij voor verder onderzoek - terug te komen?*

Negen patiënten van de in totaal 34 moesten weer bij dezelfde specialist terugkomen of werden opgenomen voor verdere diagnostiek. Ik zal de in de antwoordbrief van de specialist genoemde motivatie

voor revisie weergeven opdat een betere indruk kan worden verkregen van wat er met de patiënten na de verwijzing gebeurde:

p.n. 046, Mevr. O., 46 jaar.

antwoordbrief

'Ik ben het volkomen met U eens dat de symptomatologie van patiënte niet overweldigend is en dat zij een wat neurotische indruk maakt. Anderzijds vrees ik dat zij voor een psychosomatische benadering allerminst toegankelijk is. Misschien is het daarom juist bij haar verkieslijk een discusprolaps met zo groot mogelijke zekerheid uit te sluiten, alvorens het verdere therapeutische beleid te bepalen. Tegen haar zelf heb ik dit als volgt geformuleerd: het gaat erom of U restverschijnselen hebt van iets dat er geweest is, of verschijnselen van iets dat nog aanwezig is. Na een telefoontje harerzijds werd zij inmiddels op de wachtlijst geplaatst voor een korte klinische observatie met contrastfoto's.'

p.n. 080, De Hr. Q., 47 jaar.

antwoordbrief

'Op 2 niveaus degeneratieve afwijkingen van de tussenwervelruimten met de aangrenzende dekplaten van de wervels.

Ik heb hem op de wachtlijst gezet voor conray caudografie om te zien of hiernaast een mogelijke discusprolaps aanwezig is.'

p.n. 081, Hr. Q., 43 jaar.

antwoordbrief

'Uiteraard kan men dit myelogram nu na acht jaar nog best eens herhalen, doch de symptomen zijn momenteel nog vrij licht en voor eventueel operatieve behandeling lijkt patiënt niet zo'n bijzonder geschikte kandidaat. Ik denk daarom in eerste instantie aan een korte rustkuur van een week of drie, ook al schijnt patiënt daar zelf niet alles voor te voelen. Al of niet daarna kan hij dan met fysiotherapie worden nabehandeld, in de hoop op een draaglijk resultaat. In principe zie ik hem graag over een week of zes eens terug om te zien of de zaak zich in gunstige richting ontwikkelt.'

p.n. 112, Mevr. I., 35 jaar.

antwoordbrief

'Wij concludeerden tot spondylolysis en wisselende radiculare prikkeling. Patiënte kreeg een periode van heilgymnastiek en massage en wij zien haar over drie maanden ter controle, waarbij wij de 3/4 opnamen van de lumbale wervelkolom zullen maken.'

p.n. 300, De Hr. U., 40 jaar.

antwoordbrief

'Klaagt over de rechter lies en de rug.' ... 'Het is dus wel mogelijk dat hij een beginnende coxarthrosis heeft' ... 'Ik heb een lang gesprek met hem gehad en uiteindelijk afgesproken, dat hij de beslissing over het wegdoen van de eigen zaak zelf moet nemen, maar dat het gewenst is, dat er over ongeveer een jaar weer een foto wordt gemaakt, om te zien of de heupen achteruit gaan.'

p.n. 307, Mevr. L., 50 jaar.

antwoordbrief

'Een hernia nucleui pulposi lijkt inderdaad zeer waarschijnlijk. Ik heb patiënte op de wachtlijst geplaatst voor nader onderzoek met myelografie. Dit vooral i.v.m. de parese van de voet.'

p.n. 335, De Hr. F., 63 jaar.

antwoordbrief

'Er bestaan zowel aanwijzingen voor een lumbaal radiculair syndroom links plus tekenen van een beiderzijds pyramidaal syndroom aan de benen, gezien de hypertonie plus de hyperreflexie aan de benen, vergeleken met de armen. ... I.v.m. deze bevinding stel ik voor hem kortdurend voor observatie, met name met röntgencontrast onderzoek, op te nemen. Ik besprak dit met hem, hij ging ermee akkoord en ik heb hem op de wachtlijst van het ziekenhuis geplaatst.'

p.n. 349, De Hr. E., 44 jaar.

antwoordbrief

'Gezien de duur van de klachten en het feit dat deze nauwelijks verbeterden onder invloed van de behandeling zou ik patiënt willen opnemen voor contrastonderzoek, waarna we kunnen overleggen welke behandeling verder zou moeten worden ingesteld.'

p.n. 378, De Hr. J., 69 jaar.

antwoordbrief

'Ik ben het met je eens dat de klachten en verschijnselen het meest doen denken aan een caudasyndroom met o.m. klachten welke doen denken aan een dysbasia cum dystasia syndroom. Ik zal hem opnemen voor verder onderzoek-myelografie.'

De meest voorkomende reden voor het moeten terugkomen bij de specialist was het verrichten van nadere diagnostiek bij patiënten met een radiculair prikkelingssyndroom. Van de zeven patiënten die voor de eerste keer een neuroloog bezochten, werden er zes opgenomen voor myelografie.

De twee patiënten, die door mij naar een orthopaedisch chirurg werden verwezen (p.n. 112 en p.n. 300), moesten terugkomen om het klinische beeld röntgenologisch te volgen.

In gesprekken met collegae komt herhaaldelijk naar voren dat patiënten die éénmaal zijn verwezen, nogal eens onnodig bij de specialist terug moeten komen, waardoor de huisarts het gevoel krijgt zijn patiënt 'kwijt' te raken. Bij de 34 door ons bestudeerde gevallen kon dit echter niet worden bevestigd.

In het kader van de preventie van 'somatische fixatie' wijzen Grol e.a. (1981) erop hoe belangrijk het is dat de huisarts op de hoogte blijft van het verwijsproces en dat de patiënt niet langer dan nodig is bij de specialist blijft.

4.7 Verwees de specialist, naar wie in eerste instantie was verwezen, de patiënt door naar een andere specialist?

Na lezing van de 34 antwoordbrieven konden we constateren dat twee patiënten met lage rugklachten werden doorverwezen naar een andere specialist. Beide patiënten werden naar mijn mening op een goede indicatie doorverwezen. De bij mij bestaande bezorgdheid dat een patiënt met rugklachten van de ene specialist werd doorverwezen naar de andere zolang er voor de rugklachten geen verklaring was gevonden, bleek ongegrond.

5 Nabeschouwing

De communicatie tussen huisarts en specialist blijft meestal beperkt tot een onderlinge briefwisseling betreffende een verwezen patiënt. De brief van arts tot arts - de intercollegiale brief - weerspiegelt niet alleen de wijze van omgaan met de patiënt maar ook die met de collega. Het loont de moeite zorgvuldig aandacht aan deze correspondentie te geven; de kwaliteit van de brieven is medebepalend voor een goede samenwerking. Zowel de verwijsbrief als de antwoordbrieven zullen aan een aantal eisen moeten voldoen.

Met name voor de huisarts is het van belang in zijn schrijven naast de persoonsgegevens van de patiënt, een diagnose of een differentiële diagnose te noemen, de reden van de verwijzing te vermelden en een vraagstelling te formuleren.

Vooraf bij rugklachten kan het noemen van sociaalpsychologische factoren van belang zijn. Ook het noemen van de werkzaamheden van de patiënt en diens instelling tegenover zijn werk, kan de specialist helpen een vollediger beeld te krijgen.

Er moet voor gezorgd worden dat de brief geen irrelevante zaken bevat en zo beknopt mogelijk wordt gehouden.

Iedere huisarts zal zijn eigen manier van schrijven ontwikkelen en dit op zichzelf kan men niet schematiseren. Wiesener (1978) zegt: 'Al naar de begaafdheid en de opleiding van de schrijvers zullen de intercollegiale brieven zich steeds even sterk van elkaar onderscheiden als de schilderijen in een museum.'

Wij zijn tegen een gestandariseerde voorgedrukte verwijsbrief - zeker voor patiënten met lage rugklachten - omdat deze met de per rubriek opengelaten ruimtes geen rekening houdt met de wijze waarop elke huisarts weer een ander gewicht aan deze rubrieken toekent. Wij pleiten voor een stuk herkenbaarheid van elke individuele arts, onder meer tot uiting komend in zijn brieven.

Naast vorm en inhoud is ook de leesbaarheid van de brief van belang. Het gebruik van een typemachine lijkt haast onontbeerlijk. Edens (1977) formuleert dit als volgt: 'Hoewel de matige leesbaarheid van het handschrift van artsen spreekwoordelijk bekend is, valt het op, dat de brieven van specialisten altijd getypt zijn. Daar de schriftelijke informatieverschaffing door de huisarts aan de specialist even belangrijk is als de informatieverschaffing van de specialist aan de huisarts lijkt het gewenst dat huisartsen evenals specialisten gebruik maken van administratieve hulpkrachten en hulpmiddelen om dit probleem op te lossen.'

Het lijkt aan te bevelen van elke verwijsbrief een doorslag te bewaren opdat achteraf beter beoordeeld kan worden of er door de specialist antwoord is gegeven op de door de huisarts gestelde vragen. Ook kan door het naast elkaar leggen van de verwijs- en antwoordbrief een controle worden uitgevoerd op de eigen diagnose. Deze methode van zelftoetsing is ook mogelijk door gebruik te maken van 'verwijzings-

controleformulieren', waarin verschillende diagnostische niveaus worden genoemd, waarbij elk niveau de mate van inzicht aanduidt die de huisarts in het ziekteproces meent te hebben (Bremer 1974, Bremer 1981).

Ook de specialistenbrief zal aan bepaalde eisen moeten voldoen. Allereerst is een juiste vermelding van de naam en voorletters van de patiënt, zijn geboortedatum en zijn adres erg belangrijk. Een juiste vermelding van de biografische gegevens van de patiënt in de antwoordbrief is van belang omdat in het archief van de huisarts vaak vele mensen met eenzelfde familienaam aanwezig zijn. Eén en ander speelt nog des te sterker voor de plattelandsarts in wiens praktijkgebied soms hele generaties van één familie blijven wonen. Het niet vermelden van voorletters, geboortedata en adressen kan dan gemakkelijk tot vergissingen leiden.

In de brief zal moeten worden ingegaan op de door de huisarts gestelde vragen en zal een diagnose of slotconclusie moeten worden vermeld.

In sommige gevallen kan het van belang zijn dat wordt vermeld wat de specialist aan de patiënt over zijn kwaal heeft verteld; ook eventueel gegeven adviezen over werkhervatting zijn het vermelden waard.

Verder is het van belang dat de huisarts binnen redelijke tijd na het consult bij de specialist - een week - de antwoordbrief in zijn bezit heeft. Wanneer dit veel langer gaat duren, bijvoorbeeld doordat de specialist tijdvergende hulpmethodieken ter verfijning van de diagnostiek inschakelt, zoals elektromyografie, zal een tussentijds bericht zeer nuttig zijn.

Bij de opleiding tot huisarts wordt aan het schrijven van verwijsbrieven weinig of geen aandacht besteed, hoewel deze handeling vrijwel dagelijks wordt verricht. Gezien het belang van een goede intercollegiale briefwisseling, lijkt meer aandacht hiervoor, zeker in de beroepsopleiding tot huisarts, gewenst.

Dat de schrijfkunst op zichzelf iets is wat geleerd kan worden, is terug te vinden in de woorden van Wiesener (1978): 'Literaire capaciteiten, musische inspiratie, artistieke prestaties kan men iemand, wat het creatieve betreft niet leren, maar korte, heldere, treffende en stilis-

tisch zuivere beschrijvingen van een medische situatie wel. Hier liggen mogelijkheden voor de verdere vorming: Het streven naar helderheid van gedachten en taalkundig goede expressie komt ten goede aan geest en karakter, de oefening voegt hier het hare aan toe - repetitio est mater studiorum.'

8.6 DE MENING VAN DE PATIËNT EN VAN ZIJN OMGEVING

Vraagstelling 5

1 Formulering van de vraagstelling

In de medische vakliteratuur wordt niet vaak aandacht besteed aan de mening van de patiënt over zijn eigen klacht of ziekte. Meestal worden uitgebreide beschouwingen gegeven over bepaalde ziektebeelden. De ziekten en kwalen worden vaak als een nosologische entiteit beschreven, waarbij de rol van de patiënt zelf buiten beschouwing blijft. Zelfs in een casuïstiekbeschrijving beperkt de auteur zich veelal tot het noemen van het geslacht en de leeftijd van de patiënt. Wanneer men zo'n casuïstische mededeling leest, zou bijna vergeten worden dat er bij deze ziekte ook nog een patiënt hoort die ooit eens met zijn klacht op het spreekuur is geweest.

Als iemand een patiënt om zijn mening over zijn klacht zou vragen, zal hij, zo is althans mijn ervaring, vaak een verklaring geven over de oorzaak. Zeker ten aanzien van lage rugklachten heeft de patiënt dikwijls een sterk uitgesproken opvatting. Hoe vaak horen we niet: 'Ik heb het weer in de spieren', 'Het is de kou', 'Ik denk dat ik weer een hernia heb'.

Aangezien ik zelf me vaak erg onzeker voelde bij de diagnostiek van rugpijn, en de patiënt daarentegen vaak vrij duidelijk zijn gedachten over zijn klachten verwoordde, raakte ik in de loop der jaren steeds meer geïntregeerd door de opvatting van de patiënt over de oorzaak van zijn klachten.

In de door mij geraadpleegde literatuur kon ik over dit onderwerp niets vinden. Dit was dan ook de reden voor het creëren van de vraagstelling:

5 *Wat is de mening van de patiënten met lage rugklachten en de mensen uit hun directe leefomgeving over de oorzaak van deze rugklachten?*

2 De interviews

2.1 Werkwijze

Voor de beantwoording van deze vraagstelling leek het ons het meest relevant om de patiëntengroep 'lang' uit te selecteren. Aangenomen mocht worden dat deze patiënten en eventuele leden van het gezin zich in de loop der tijd een mening moesten hebben gevormd over de oorzaak van de klacht.

We maakten gebruik van het zogenaamde vrije interview. Vrolijk e.a. (1972) definieerden zo'n interview als een methode om meningen en gevoelens, die iemand ten aanzien van een bepaald onderwerp heeft, te exploreren.

Omdat ik als huisarts een vrij gemakkelijke entree heb bij mijn patiënten, werden de interviews door mijzelf afgenomen. Deze methode heeft één nadeel: we moeten ons ervan bewust zijn dat de antwoorden van de geïnterviewden misschien niet allemaal stroken met de realiteit. Volgens Tijmstra en Brinkman-Engels (1978) neigen mensen er toe 'sociaal wenselijk' te antwoorden en het ligt voor de hand te veronderstellen dat zich dit des te meer zal voordoen als de eigen huisarts interviewt. Juist om dit probleem zoveel mogelijk te omzeilen, kozen we voor het vrije (attitude) interview, waarbij de interviewer na het stellen van de openingsvraag zijn activiteiten beperkt tot samenvatten, doorvragen op onduidelijke punten en het stimuleren van de geïnterviewden door middel van non-verbaal gedrag. Pas wanneer de geïnterviewde te ver afdwaalt van het onderwerp, grijpt de vraagsteller in.

Nadat ik, meestal telefonisch, een afspraak met de patiënt had gemaakt, bezocht ik hem/haar enkele dagen later. In dit afspraakgesprek werd door mij niet gezegd waarover het interview ging. Aan de patiënt werd gevraagd zijn eventuele huisgenoot te vragen ook bij dit gesprek aanwezig te zijn.

De interviews namen meestal ongeveer een half uur in beslag, werden opgenomen op een bandrecoorder en in een later stadium uitgetypt en bestudeerd.

Na het inschakelen van de bandrecorder werd door mij een korte uitleg gegeven:

'Kijk, mevrouw en meneer X., zoals ik al - voor de telefoon - zei, doe ik een onderzoek in mijn praktijk over bepaalde klachten. Alle mensen, die ik in de loop der jaren heb gezien met die klachten, hebben een nummer gekregen. Nu valt U bij toeval in dit onderzoek. Ik zal zo een aantal vragen stellen, eerst aan U - niet patiënt - en dan aan U - de patiënt -. Graag neem ik dit gesprek, als U daar geen bezwaar tegen hebt, op op de bandrecorder. U moet wel duidelijk weten dat de informatie, die ik in deze vorm nu hoor, alleen voor mijn onderzoek bestemd is. Ik stel nu twee keer dezelfde vraag waarop U - niet patiënt - eerst wordt verzocht te antwoorden en daarna pas U - de patiënt - . Het gaat om het volgende: Ik maak van alles wat er op medisch gebied zo met U gebeurt aantekeningen op een kaart en nu lees ik dat Uw man - vrouw, vriendin, zuster, dochter etcetera - mij in ...'

Op deze plaats gaf ik in chronologische volgorde enkele feiten weer om het geheugen van de geïnterviewde wat op te frissen. Het ging immers om de periode 1972-1977 en aangezien deze interviews begin 1980 werden afgenomen, was het wel nodig enkele gebeurtenissen uit die tijd weer te presenteren opdat de juiste antwoorden werden verkregen.

De feiten werden zo formeel mogelijk door mij weergegeven; diagnoseformuleringen of waarde-oordelen werden vermeden.

Bijvoorbeeld:

'U kwam toen met pijn in de rug.'; 'U kreeg fysiotherapie voorgeschreven.'; 'U werd toen verwezen naar dokter X.'

Daarna stelde ik de vraag:

'Als U nu, in 1980, zo terugdenkt aan die tijd, wat denkt U dan dat toen de oorzaak is geweest van de rugklachten van uw echtgenoot...?'

Nu volgde meestal, na wat stimuleren en samenvatten mijnerzijds, een resumé van de geïnterviewde. Mocht hij/zij aan het einde van dit relaas geen aanwijzingen hebben gegeven over vermeende psychosociale oorzaken dan werd door mij nog het volgende toegevoegd:

'Ze zeggen wel dat spanningen of nerveusheid ook een oorzaak kan zijn van bepaalde klachten. Geloof U dat dat bij de rugklachten van Uw echtgenoot ... een rol speelde?'

Vervolgens werd exact hetzelfde gevraagd aan de patiënt met de toevoeging van nog één vraag:

'Hebt U op dit moment, zoals we nu met elkaar praten, ook lasten of pijn onderin de rug?'

Alle 43 patiënten uit de groep 'lang' konden worden geïnterviewd. Zes van de geïnterviewden woonden alleen. Van de 37 overigen werd tenminste één ander persoon uit de directe leefomgeving van de patiënt ondervraagd. In verreweg de meeste gevallen was dit de echtgenoot/echtgenote; drie maal de moeder van de patiënt en in één geval werden de beide zusters van een patiënt door mij geïnterviewd. Er werden dus 38 familieleden ondervraagd. In totaal konden dan ook 81 interviews nader worden bestudeerd.

2.2 *Gegevens en conclusies*

Alle oorzaken die in de interviews werden genoemd, werden ondergebracht in drie hoofdgroepen, namelijk:

- 1. – alleen somatische oorzaken
- 2. – alleen psychosociale oorzaken
- 3. – zowel somatische als psychosociale oorzaken.

Tabel 31 laat zien hoe de familie van de patiënt over de rugklachten dacht, tabel 32 laat zien hoe de patiënt zelf erover dacht.

Tabel 31 Door de 38 familieleden vermelde oorzaken van de langdurige lage rugklachten.	
	rotaal
. alleen somatische oorzaken	19
. alleen psychosociale oorzaken	2
. zowel somatische als psychosociale oorzaken	13
. weet geen oorzaak te noemen	4
	<hr/> 38

De helft van de ondervraagde gezinsleden vond dat er alleen een somatische oorzaak was.

de echtgenote van de Hr. N., 34 jaar, p.n. 038.

'Altijd zwaar werk dacht ik hoor, van klein af aan al. - *Werk?* - Ja, dacht ik wel. - *Is er iets met de rug?* - Dat dacht ik, beschadigd met zwaar tillen en zo, dat dat misschien, maar ja, invloed op de rug heeft of zo. - *U dacht dat dat eigenlijk meegespeeld had?* - Ja, ja, in mijn ogen wel tenminste dus. - *Hebt U ook nog aan andere dingen gedacht?* - Nee, ik heber nog nooit bij stil gestaan verder nee, het is nou eenmaal zo dus. - *Dacht U ook nog, dat zeggen ze wel eens, dat spanningen of emoties meespelen, als oorzaak van de rugpijn bij Uw man?* - Nou, ik dacht niet dat dat het was hoor, nee.'

Twee familieleden schreven de rugklachten uitsluitend toe aan het hebben van spanningen.

de echtgenoot van Mevr. Q., 40 jaar, p.n. 082.

'Tja, dat is moeilijk, dat is moeilijk. Wat zou daar nou de oorzaak van zijn. Ja, mijn vrouw zit, die is nogal wat zenuwachtig en tja, ik weet het echt niet. - *Dacht U ook dat er iets op zich in die rug niet pluis was?* - Nee, daar heb ik nog nooit over gepraat. - *Als ik zeg, wat is nou de oorzaak geweest?* - Nou, dat zijn ook spanningen, volgens mij. Ze is altijd goed gezond. - *Als ik zou zeggen, is die rug goed of slecht, wat zou U dan antwoorden?* - Nou, die rug van haar is wel goed, dacht ik wel.'

de echtgenote van de Hr. Q., 43 jaar, p.n. 081.

'Nou, ik zeg gewoon altijd zenuwen. Zenuwen heb ik altijd gezegd dan verder, anders zou ik niet weten. - *Dat U denkt, nou die zenuwen hebben gemaakt dat bij die rugklachten had?* - Ja, misschien kan het wel niet, maar ja, dat denk ik altijd, heb ik ook altijd gehad, ook altijd gezegd. - *U bedoelt met zenuwen, spanningen?* - Ja, met spanningen, ja. - *En die waren er toen in die periode ook?* - Nou, hier thuis wel niet, maar wij hebben zoveel meegemaakt, ik bedoel dat alles met elkaar. - *Maar dacht U dat een hernia van spanning kon komen?* - Ja, dat weet ik zeker, weet ik wel vast. Ja, een hernia is een spanning.'

Ongeveer één derde van de familie noemde zowel lichamelijke als psychosociale oorzaken.

de echtgenote van de Hr. O., 51 jaar, p.n. 068.

'Ik dacht dat het met kou te maken had. - *Met kou?* - Ja, en niet genoeg rust nemen. Hoe meer kou hij erop had, hoe kouder hij was, hoe meer last hij ervan had. En vreselijk druk, hij neemt geen rust genoeg. - *Hoe dacht U dat die pijn daar kwam dus?* - Meer van spanningen, kou en spanningen. - *Bedoelt U geestelijke of lichamelijke spanning?* - Geestelijke spanningen. Ja, ik weet wel dat geestelijke spanning en kou samen gaat. Dat dat wel tot uiting komt.'

Enkelen wisten helemaal geen oorzaak te noemen.

de echtgenote van de Hr. Z., 32 jaar, p.n. 083.

'Nou nee, niet zo bij stil gestaan. Niet bewust, hij misschien wel, maar ik niet zo. Dat komt, je hebt zelf die pijnen niet, je voelt het zelf niet, dus hij zit daar veel meer over in als ik zelf dus. - *Ja maar U hebt het dus wel elke dag toen gemerkt eigenlijk.* - Ja, dat wel. - *Ja en dan niet dat je toch dacht nou d'r is iets mee of... ?* - Nou, hij is dus ook wel in die tijd geweest naar het ziekenhuis voor rugfoto's, maar ik weet niet wat daaruit eh, van terecht is gekomen dus en wat het dus geweest is. *Ze* hebben toen geloof ik ook niets kunnen vinden wat erop wees eh waar die rugklachten vandaan kwamen. - *Had U daar zelf een bepaalde gedachte over, want U maakte wel elke dag die rugpijn mee?* - Ja, nou nee, niet dat ik weet. Nee, want ik weet zelf niet eens waar het aan kan liggen of waar het van kan komen. Dus als ik ja zeg, moet ik liegen vanzelf, dat is niet de bedoeling. - *Nee, nee, U weet er eigenlijk geen antwoord op te geven?* - Nee, eigenlijk niet, ik heb me er nooit in verdiept.'

Vatten we de gegevens samen dan kunnen we concluderen dat door de mensen uit de directe leefomgeving van de patiënt de oorzaak van de lage rugklachten meer in lichamelijke dan in psychosociale factoren werd gezocht. Ook wanneer aan zowel somatische als psychosociale oorzaken werd gedacht, noemden de geïnterviewden makkelijker en spontaner de lichamelijke dan de psychosociale oorzaken - van de dertien gezinsleden gaven spontaan elf een lichamelijke oorzaak en vier een psychosociale oorzaak aan; pas na doorvragen bleek dat twee van de geïnterviewden ook aan somatische factoren dachten en negen aan psychosociale factoren.

Tabel 32 Door de 43 patiënten vermelde oorzaken van de langdurige lage rugklachten.

	totaal
. alleen somatische oorzaken	24
. alleen psychosociale oorzaken	1
. zowel somatische als psychosociale oorzaken	15
. weet geen oorzaak te noemen	3
	<hr/> 43

Meer dan de helft van de patiënten vond dat er alleen een lichamelijke oorzaak was.

De Hr. Q., 46 jaar, p.n. 090.

'... maar ik heb mij een keer vertild. Toen is het eigenlijk begonnen, ik had het weleens in de rug, maar toen is het begonnen. Sindsdien is het eigenlijk altijd een gevoelige plek geweest. - *Dacht U toen dat U iets beschadigd had aan die rug?* - Nou, ik heb mij gewoon vertild, ik weet dus niet of dat een beschadiging is of niet. - *U legde wel een verband later met de rugklachten?* - Ja, dat ligt er nog altijd in opgesloten, want als ik, ik heb heel vaak, dan loopt het er tegen aan en dan denk ik, ja daar komt het weer, en dan gebruik ik weer, ik heb nog wat zerpillen van U in de koelkast en dan gebruik ik twee avonden of drie avonden een zerpil en het loopt allemaal weer met een sisser af. - *Dus U dacht zwaar tillen ...?* - *Gelooft U dat het werkt op de spieren of botten?* - Nou, op de spieren, ik ben ook wel bij U geweest, en U zei mijn rug was in orde en 't is allemaal spieren, en dat blijkt dus ook wel, als je een zere rug hebt of je hebt hernia of Joost mag weten wat, dan kan je dat niet met zo'n pilletje regelen. - *Als U nu terugkijkt naar die periode, dacht U dan zelf dat dingen als spanningen of nervositeit ...?* - Och nee, dat geloof ik niet, spanningen hebben we niet.'

Slechts één patiënt schreef de rugklachten uitsluitend toe aan het hebben van spanningen.

mevrouw Z., 38 jaar, p.n. 097.

'Nou, ik heb het nog heel vaak in die rug zo. Ik dacht meer spanning hoor en nog wel hoe gespannener ik ben hoe meer last ik hier zo krijg. - *Wat bedoelt U precies met spanning?* - Ja, zenuwen of zo, dat zich dat daar op zet, dacht ik, maar dat weet ik ook niet. - *Dacht U dat dat de belangrijkste oorzaak was?* - Ja, dacht ik wel. - *Hebt U ook nog gedacht dat er iets mis was met de rug?* - *Dacht U nog aan lichamelijke dingen?* - Nee, dat dacht ik niet, nee, nee.'

Ruim éénderde der patiënten dacht aan zowel somatische als psychosociale oorzaken.

Ik zal nog enkele relevante passages uit de interviewverslagen van vier van deze mensen weergeven.

Mej. R., 15 jaar, p.n. 031.

'Wel, een combinatie in ieder geval van spanning, dat was het ook wel, toch wel het werk hoor; als ik er aan denk, als ik 's avonds terugkwam, had ik duidelijk meer pijn en ook als we naar school fietsten en er was tegenwind of zo, moest ik er flink tegenaan, begon het helemaal te trekken in de rug, dus toch wel lichamenlijk en psychisch. - *Dacht je dat er lichamenlijk iets beschadigd was toen?* - Nou, ik weet niet, ik dacht dat ik hem overbelast had en later de pijn kreeg met oververmoeidheid, als ik te lang gewerkt had of zo, lang gestaan had, en ook wel als ik gespannen was of nerveus. Ik denk gewoon dat het een combinatie was. Als ik erg gespannen was kreeg ik gewoon last van mijn rug. In de klas of zo, ik weet niet of thuis als ik nerveus was, kreeg ik wel vaak last van mijn rug.'

Mevr. Z., 38 jaar, p.n. 098.

'Ik weet wel dat ik vroeger werkte en dat ik dan 's avonds het ook altijd vreselijk in de rug had. Maar het is bij mij wel zo, vaak vermoeidheid. - *Lichamelijke vermoeidheid?* - Ja, en dan ook wel geestelijk hoor. Bijvoorbeeld ook als ik erg veel gedaan heb, dan jaag je teveel achter jezelf aan. Ik kan dat dan niet altijd allemaal en dan zeg ik wel het is net of ze me op mijn rug zitten, zo'n gevoel heb ik dan. En dat trekt dan helemaal tot onderin mijn rug. Ik heb het idee dat ik gewoon een gevoelige rug heb.'

De Hr. L., 52 jaar, p.n. 232.

'Eerlijk gezegd dacht ik dat het was omdat ik met een lange autorit naar het westen, dan zit er, ik rook namelijk nogal, dan zit er voorin die auto op deze hoogte zo'n blaasje voor de ventilatie. En ik dacht eigenlijk dat het toentertijd, ik ben er eigenlijk nog een beetje van overtuigd, dat het een kou was. - *U dacht dat die kou ergens opgeslagen was?* - Ja, een soort ischias, een soort of het nou, ja, ja, ik heb het nooit meer gehad en ik had er daarvoor ook nooit last van. En ik heb er nu geen last van, hooguit 's nachts, dat je zegt, kramp onderin je voeten hebt, maar dat zal wel iets anders zijn. - *U zegt zelf de oorzaak was ...?* - Ik dacht van wel, dat het zonder meer een kou was, die ik hier in mijn been opzij, of wat ook, maar of het nou, ik zou niet durven zeggen dat het van het hart af kwam of ... - *Dus, als U zo terugkijkt, is het enige wat naar voren komt die kou? Dat is dan de oorzaak geweest?* - Ja, ja, misschien, ik weet niet, dat het ook spanning geweest kan zijn. Ik had toen een zeer gespannen tijd, toen was mijn vrouw al zeer ernstig ziek en met veel hoopjes ellende thuis en ja en misschien dat dat ook een oorzaak is geweest. Dat je misschien oververmoeid of verzwaakt, niet genoeg reserves, dat kan natuurlijk ook van invloed zijn. - *Dacht U dat, zo terugkijkend?* - Het kan best, bedoel ik, ja, ik voelde me wel kwetsbaar, toentertijd, maar in hoeverre dat van invloed kan zijn? - *U zelf geeft misschien beide een rol, de kou en ...?* - Ja, misschien als ik volkomen fit was geweest zonder spanning dan had ik misschien het niet gehad.'

De Hr. F., 23 jaar, p.n. 370.

'Verschillende, ten eerste mijn voeten. Laat ik beginnen te zeggen waarom ik op het moment geen enkel probleem meer heb. Mijn manier van lopen is helemaal veranderd, door de knieën tillen, daar heb ik consequent op gelet, de manier van tillen heb ik helemaal veranderd, door de knieën tillen en waar het door ontstaan is, als ik terugkijk, inderdaad kou, uit de warme auto in de koude wind staan zonder hemd en meer van dat soort dingetjes, verkeerd tillen dus, een slechte stoel in de auto, ik heb inmiddels een andere auto gekregen, zit een betere stoel in, die zit beter en verkramp autorijden, dat je dus gewoon eh te nerveus bezig bent met je werk en dat je gewoon nou eigenlijk te gespannen naar een klant rijdt. Nou eigenlijk dat die spieren niet tot rust komen, niet voldoende bewegingsvrijheid of wel bewegingsvrijheid maar niet genoeg aan beweging doen, verkrampde spieren en daardoor als resultaat rugpijn. - *U zegt fysiek, kan het ook mentaal, ook geestelijk gespannen en daardoor verkramp ...?* - Ja, kijk ik eh, God zou ik nou wel op tijd bij die klant komen, ja of eh even iets harder, inhaalmanoeuvre, maar op dat moment kom je zelf achter het stuur wel iets naar voren toe en als je bij de klant uitstapt en je kijkt in je hand, dan heb je het zweet erin staan en de nagels van de vier vingers, ja en als je daar

over na gaat denken dan voel je het ook zo onderin je rug helemaal en in alles en dan ben je eigenlijk doodmoe. Ik heb me gewoon getraind in wat meer ontspannen rijden, dus het soepeler zitten, wat meer experimenteren met die rugleuning en alles en flink beweging. Ik heb altijd een hemd aan en ik heb nooit meer het raampje open in de auto ja, en dat wijt ik, mijn rugklachten zijn overgegaan, ik heb ze niet meer, absoluut niet.'

Drie patiënten wisten geen oorzaak te noemen.

De Hr. C., 32 jaar, p.n. 157.

'Dus, ik heb het verband op welke wijze dan ook nooit kunnen leggen hoor, op geen enkele manier. Nee, dat durf ik heden ten dage nog niet te zeggen van dat en dat kan ik duidelijk relateren aan die rugklachten. 't Is heel willekeurig. - *De oorzaak zelf kunt U dus ook eigenlijk nu ... ?* - Nee, nu op dit moment weet ik nog niet te zeggen van zus of zo.'

Resumerend kan gezegd worden dat de patiënten nog meer dan de familieleden geneigd waren de oorzaak van de lage rugklachten te zoeken in zuiver lichamelijke factoren.

Gelijk aan de gezinsleden dacht ook ongeveer éénderde deel der patiënten aan zowel somatische als psychosociale oorzaken. De patiënten zelf gaven echter gemakkelijker en spontaner psychosociale oorzaken aan dan hun familieleden. Van de vijftien patiënten die aan zowel somatische als psychosociale oorzaken dachten, gaven negen patiënten spontaan een lichamelijke oorzaak aan en elf een psychosociale oorzaak; pas na doorvragen bleek dat zes patiënten ook aan somatische factoren dachten en vier aan psychosociale factoren.

Als we de interviewgegevens van de familieleden en van de patiënten zelf naast elkaar leggen en vergelijken, is na te gaan in hoeverre er tussen hen verschil van opvatting was over de wel of niet aanwezigheid van alleen somatische, alleen psychosociale of een combinatie van zowel somatische als psychosociale oorzakelijke factoren (tabel 33).

Af te lezen is dat er meer overeenstemming was over het bestaan van alleen somatische oorzaken dan over het bestaan van alleen psychosociale oorzaken. Maar acht van de ondervraagde 'koppels' waren het met elkaar eens over de invloed van zowel lichamelijke als psychosociale beïnvloedende factoren.

Tabel 33 Door de familie en de patiënten vermelde oorzaken van de langdurige lage rugklachten.					
familie ↓	2	13	1	21	37
.weet geen oorzaak te noemen	1	1	0	2	4
.zowel somatische als psychosociale oorzaken	0	8	0	5	13
.alleen psychosociale oorzaken	0	2	0	0	2
.alleen somatische oorzaken	1	2	1	14*	18
patiënten →	weet geen oorzaak te noemen	zowel somatische als psychosociale oorzaken	alleen psychosociale oorzaken	alleen somatische oorzaken	37
<p>* Van één patiënt (p.n. 172) werden twee inwonende familieleden geïnterviewd, die beiden alleen somatische oorzaken vermeldden. Beide antwoorden zijn samen als één geteld.</p>					

Bij vijf geïnterviewde paren werd ik geconfronteerd met een patiënt die zijn rugklachten alleen somatisch kon verklaren, terwijl zijn familielid naast de invloed van lichamelijke factoren ook een rol toeschreef aan psychosociale factoren.

p.n. 188, de Hr. C., 43 jaar.

zijn echtgenote:

'Ja misschien ook met spanning mee of weet ik ook of het ook van 't werk meekwam weet ik ook niet. - *Maar dat U nou zegt, hoe komt dat nou die rugpijn?* - Ja het moet toch een oorzaak hebben, hè. - *Ja, ik wilde dus weten wat U daar zelf van dacht.* - Maar toen hij toch ook wel vroeger in die smederij zat, dan schuif je wel eens op, je hebt het zware werk gedaan, hè, met paarden beslaan en zo. Ja, daar schuif je het dan op. - *U sprak zo straks ook over spanningen ... ?* - Dacht ik dokter, ja, weet ik niet, kan wel fout wezen maar ik wil maar zeggen, je denkt wel eens wat. - *U dacht dat het meespeelde?* - Ja, dacht ik.'

de patiënt zelf:

'Ik heb nooit een sterke rug gehad. - *U dacht dat er iets mis was met de rug?* - Juist, dat dacht ik. Volgens een dokter van vroeger zou die hele rij door elkaar gegroeid zijn, die spieren. Dat er wat fout zit weet ik zeker, want waarom moet ik altijd zo'n pijn hebben in de rug. Ze schrijven dan wel vaak psychisch of van spanningen van de mens, zeggen ze dan, nou, dat zou ik niet weten, dat dat de oorzaak is. - *U bedoelt U gelooft er niet in of wel in?* - Nee, daar geloof ik niet in.'

Vervolgens wil ik ingaan op de betekenis die de patiënten en hun familieleden toekenden aan enkele gebeurtenissen en omstandigheden in het leven van de patiënt, die van invloed zijn geweest op het ontstaan of het in stand houden van de lage rugklachten.

Genoemd werden onder andere:

- te zwaar en te hard werken
- een verkeerde beweging of een ongelukkige draai in de rug
- temperatuursinvloeden
- een ongeval in het verleden
- erfelijke factoren
- een foute houding
- een verzakking
- de invloed van een medicament (prednisolon)

In 30 van de 81 interviews werd een oorzaak gezocht in te zwaar en te hard werken, vooral wanneer dit had plaatsgevonden op jongere leeftijd.

De Hr. O., 52 jaar, p.n. 043.

'Dat ik het gekregen heb, nou ik was vroeger bijzonder sterk in de rug en ik heb vier jaar, toen was ik achttien-negentien jaar, heb ik in de kunstmest gewerkt, eerst in de loods en toen op de vrachtwagen, was ik altijd bij de boeren, waren het geen vijftig, maar altijd honderd kilo en ik kon het echt wel doen in het eerst, later dacht je toch als het zo moet ga je echt kapot. Ik zag de oudere mensen, die daar waren, dat die kapot waren; hadden er langer gezeten, tien-vijftien jaar gezeten, die waren kapot, ik dacht ik ga dezelfde kant op. Ik ben er zelfs van overtuigd dat ik van die vier jaar, dat ik daar echt de kwaal van weg gekregen heb.'

De Hr. G., 38 jaar, p.n. 239.

'Nou net wat mijn vrouw dus ook zegt, onwennigheid zou ik haast willen zeggen, want ik had dus in Groningen nooit een tuin gehad. Ik heb hier dus achter het huis zelf grindtegels gemaakt en daar kwam nog bij datzelfde jaar hadden wij dus ook ergens een groot karwei van de zaak waar veel zware kabels gelegd moesten worden en daar heb ik mij, tenminste zo voel ik het dat dat trekken aan die kabels ook een oorzaak geweest is. - *Bepaald werk eigenlijk?* - Ja, dat geloof ik wel, ja. Dat heb ik nu nog steeds, als ik een dag zwaar getild heb of veel voorover gestaan heb, dan heb ik 's avonds nog wel last van de rug, maar je moet ermee leren leven hebben ze tegen me gezegd en dat doe ik dan ook.'

De echtgenote van de Hr. E., 44 jaar, p.n. 349.

'Maar waar ik het aan wijt is abnormaal lang werken, abnormaal lang werken, altijd staan, hij is erg lang, de werkhooft is zo dat hij altijd iets gebogen moet staan; niet helemaal maar net die houding; ik ken hem niet anders, ik ken hem al 23 jaar, dan dat hij toen al krom liep. Er wordt gezegd een foute houding door het beroep, maar volgens mij is het zijn werk. Hij ging 's morgens om een uur of vijf naar zijn werk tot 's avonds zeven uur, daar wijt ik het aan.'

De echtgenoot van Mevr. U., 70 jaar, p.n. 380.

'Ik neem aan dat die rug een kwestie van versleten is en dat er heel weinig aan te doen is. Ja, ik dacht eh U moet niet vergeten een heel drukzaam, een heel druk leven achter de rug, veel staan en dat zij ook een niet al te sterke rug had en dat is op den duur langzamerhand minder geworden en ik geloof niet dat het eigenlijk eh dat er veel aan te veranderen is, dacht ik niet. - *U noemde dat slijtage, maar hoe stelt U zich voor wat dat precies is?* - Ja, dat is voor een leek natuurlijk heel moeilijk vast te stellen, want het is denk ik voor de dokter nog moeilijk om vast te stellen wat is nu juist die oorzaak. Ik heb het idee dat die rugwervels min of meer door het vele staan van plaats een klein beetje verschoven zijn, dat het een of ander een beetje in de knel is gekomen.'

Door twaalf van de 81 geïnterviewden werden de lage rugklachten toegeschreven aan een verkeerde beweging van of een ongelukkige draai in de rug.

De echtgenote van de Hr. U., 47 jaar, p.n. 296.

'Nou, het kwam een keer op Rodermarkt, toen schoot het jou zo een keer in de rug, toen schrok ik ergens wel even, want hij klapte echt in elkaar; het was nog heel vroeg 's morgens en mijn reactie was direct, nou dat weet ik niet, maar toen greep hij naar de rug en toen zei hij 'verschrikkelijk', maar ja waar het nou van kwam, ik dacht ergens van de kraam uittrekken, spier of zo verrekt.'

De Hr. U., 32 jaar, p.n. 304.

'Het was dus een aparte beweging; je zit dus op een betonvloer, er moest beton gestort worden en wij moesten dus hulzen voor verwarmingsbuizen aanbrengen en dan zit je tussen het betonijzer en ik moest dus een zaagje achter mij wegpakken, dan zit je met je voeten een beetje ongelukkig, want je moet precies op dat punt staan tussen het ijzer en ik draaide mij en toen vernam ik dat er wat verschoof.'

De Hr. E., 41 jaar, p.n. 325.

'Door een bepaalde beweging heb ik ook eens een keer, dacht ik dat ik toen die aanval van spit er vlot achterna gekregen heb. Dat weet ik niet of dat mogelijk is, hoor; ik weet niet of je, medisch gezien, door een draai in je rug, een bepaalde torsiebeweging die je maakt, dat je dan een acute aanval van spit kunt krijgen, maar ik meende dat het dat toen ook was.'

In negentien interviews werden temperatuursinvloeden in de zin van kouvatten en in de tocht staan als (mede)verantwoordelijk voor de lage rugklachten beschouwd.

De echtgenote van de Hr. Q., 46 jaar, p.n. 090.

'Ik dacht meer dat het kou was. Het is wel iets wat hij gauw terugkrijgt natuurlijk. - *U dacht dat dat werkte op die rug?* - Ja, ja, dat dacht ik en omdat hij heel erg transpireert, als hij een auto vol met spullen gelost heeft, want hij is dan nogal haastig, dan gaat het nogal vlug allemaal, dan is hij helemaal drijfnat, hemd, overhemd, helemaal van voren en van achteren, en dan vat je dus volgens mij ook weer eerder kou.'

De Hr. V., 26 jaar, p.n. 295.

'Ik dacht dat het van de auto, dat het daarvan gekomen was. - *Van de auto, hoe bedoelt U?* - Ik had een stoelleuning en die stoel was versleten. En ik had daar een stuk tempex ingelegd en daar zat ik op en van dat tempex komt je eigen warmte terug en ik dacht dat het daarvan gekomen was; ik weet het niet zeker, maar dat dacht ik. - *U dacht een soort van kou?* - Nou, kou niet, maar ik bedoel als je op tempex gaat zitten dan voel je je eigen warmte terug, dus ik dacht dat het daarvan gekomen was.'

De echtgenote van de Hr. F., 23 jaar, p.n. 370.

'Volgens mij kou. Sinds jij een hemd draagt en voorzichtiger bent is het afgelopen; plus in de auto bezweet erin stappen, raampje open en zo in het begin, dat doe je nou ook niet meer en hij heeft het laatste jaar, de laatste twee jaar geen last meer gehad. Ik dacht kou, ja. - *U dacht dat dat ergens op sloeg, die kou?* - Op de rug in ieder geval, je stapt in de auto, je bent bezweet, je stapt eruit, koude wind ertegenaan, dacht ik tenminste.'

Door negen van de 81 geïnterviewden werd een duidelijk verband gelegd met een ongeval in het verleden waarbij de rug op de één of andere manier was betrokken.

De Hr. Q., 47 jaar, p.n. 080.

'Van mijn hernia? Nou, dat is doodeenvoudig, dat kan niets anders zijn, dat moet die val op de punt van de tafel geweest zijn. Staande boven op een tafel, dat ik er bij langs zak, ruglings precies op de punt van die tafel kom. - *U dacht dat er iets beschadigd ... ?* - Ja, vast en zeker. *Wat dacht U?* - Nou, ik ben er ruglings opgekomen, daar moet onherroepelijk die rug door beschadigd zijn.'

De Hr. L., 54 jaar, p.n. 341.

'De oorzaak volgens mij is van dat auto-ongeluk. Ik heb toen een auto-ongeluk gehad dus, toen ben ik zo uitgestapt en had ik niets geen last. Ik heb altijd wel een gevoelige rug gehad. Door dat ongeluk, daar is het veel erger van geworden. - *U dacht dat er iets kapot gegaan was?* - Ja, of 't een of 't ander, ze zijn d'r geloof ik ook nooit achter gekomen wat het was, maar eh daar is het erger van geworden.'

De Hr. J., 24 jaar, p.n. 362.

'Regelrecht, die knal tegen de paal; het was helemaal beschadigd, zo helemaal blauw en deze kant helemaal opgerekt, maar ja, niet direct naar de dokter, ik dacht het gaat vanzelf weer over, maar het bleef steeds; na drie dagen werken, die klacht die bleef. - *De oorzaak ligt dus ... ?* - Regelrecht bij die knal tegen de paal; ik zou dus een bal in het doel koppen en mijn schouder, ik kon mijn hoofd net wegtrekken, vloog tegen de paal en daar is het van gekomen.'

In twee interviews werd de mogelijkheid genoemd van erfelijke factoren.

De moeder van Mej. R., 15 jaar, p.n. 031.

'Ja, ze had toen een kronkel in de rug, hè. Ja, wat de oorzaak ervan geweest is, dat weet ik zo ook niet, ik zou het niet weten. - *Heeft U bepaalde gedachten?* - Nou, eh, mijn man heeft ook altijd met de rug geknoeid en haar zusje heeft het nu ook al; misschien dat ze het geërfd heeft of zo, dat heb ik gedacht, want mijn man die knoeide ook altijd met de rug, want die hoefde maar iets op te tillen of hij had het met de rug.'

Door tien geïnterviewden werd aangegeven dat een belangrijke betekenis werd toegekend aan een foute houding van de romp.

Mej. B., 15 jaar, p.n. 315.

'Nou, net als mijn moeder zegt, mijn houding op school, ja. - *Wat was er fout, dacht je?* - Dat je steeds voorover zat, misschien de stoel hoger als de tafel, niet altijd een goede houding. - *Heb je ook nog aan andere dingen gedacht?* - Nou nee, eigenlijk heb ik er zelf nooit bij stil gestaan. Mijn ouders zeiden wel van loop rechtop en zo.'

In twee gevallen werd een 'verzakking' medeverantwoordelijk gesteld voor de rugklachten.

De echtgenoot van Mevr. Z., 38 jaar, p.n. 097.

'Ja, dat is moeilijk te zeggen, zoals ik het nu bekijk, door de baarmoeder toch want mijn vrouw heeft toen een ring gehad. - *U zegt van die ring ... ?* - Ja, door de baarmoeder of misschien dacht ik, nou ja het is al zo lang geleden, dat de oorzaak de bevallingen geweest zijn misschien.'

Eén patiënt en zijn beide inwonende familieleden kenden, duidelijk beïnvloed door de uitlatingen van de behandelende arts, aan een medicament dat de patiënt gebruikt had een belangrijke rol toe als verklaring voor het ontstaan van rugklachten.

Familietlid van de Hr. A., 55 jaar, p.n. 172.

'Ja, ze hebben toen gezegd dat het van de prednisolon kwam, daar kan ik natuurlijk niets van zeggen, hè, maar dat hebben ze toen gezegd. Dat van de medicijnen, die hij toen voor zijn borst kreeg, dat die dat veroorzaakten dat die rug zo min was, want ik weet nog, toen heeft er nog een dokter tegen hem gezegd, ja wat wil je, acht jaar prednisolon, hoe wil die rug dan goed blijven.'

De Hr. A., 55 jaar, p.n. 172, zelf.

'Nou, ik heb van twee dokters gehoord dat het van de prednisolon kwam en dat hebben ze me dan ook uitgelegd. De schijfjes, die tussen de wervels zitten, die zijn dun op één kant en die gaan er dan tussen weg. Zo zeiden ze het tegen mij en ik heb toen tegen dokter X - orthopaedisch chirurg - gezegd: 'Wat is dit nou dokter?' 'Ja, wat wil je, acht jaar prednisolon', dat zei hij tegen me. Hij zat op een krukje achter me en dan ging hij met de hand zo helemaal de rugwervels langs. Hij draaide me om en hij zei: 'Nou daar is niets aan te doen.' - *Dacht U misschien ook nog dat andere dingen meespeelden?* - Nee, ik dacht niet. Ik heb vroeger wel zwaar werk gedaan maar en ik heb het ook wel eens in mijn rug gehad, maar dat duurde twee, drie dagen en dan was dat over en ik heb van dat zware werk nooit geen last gehad, dokter. Nooit. Helemaal nooit.'

Uiteraard was elk interview een verhaal op zichzelf dat vaak veel meer gegevens opleverde dan noodzakelijk was voor de beantwoording van de vraagstelling.

Nu alle door de geïnterviewden genoemde oorzaken zijn genoemd, wil ik twee interessante bevindingen nog vermelden.

Ten eerste gaven twee patiënten expliciet aan wel een verband te zien tussen het hebben van spanningen en hoofdpijn, maar zij ontkenen een dergelijk verband tussen rugpijn en spanningen.

De Hr. U., 47 jaar, p.n. 296.

'Niet dat het nou van spanning kwam of zo; ik heb vaak hoofdpijn, dus ik dacht dat het daar heen sloeg en niet naar de rug ...'

Mevr. C., 24 jaar, p.n. 164.

'- *Geloof je ook in spanningsfactoren, zoals nervositeit dat dat een oorzaak zou kunnen zijn van rugpijn?* - Nou, niet voor rugpijn; hoofdpijn vind ik nog wat anders. Spanningen en nervositeit op je rug? Nee, dat zie ik niet zitten.'

Dat het niet alleen de patiënten zijn die een scheiding maken tussen hoofdpijn en rugpijn als het gaat om psychosociale oorzaken, wordt duidelijk gemaakt door Sternbach e.a. (1973a): 'Surely, there are as many cases of headache as there are of low back pain. We think that

the explanation may lie in the general cultural acceptance of an association of headaches with 'tension' or 'nerves', and the readiness of family physicians and neurologists to treat headaches as psychosomatic illnesses. However, low back pain is not usually associated with 'tension' or 'nerves', and orthopedists and neurosurgeons do not seem prepared yet to view low back pain as a symptom of a psychological disorder'. Post (1980) kon aantonen dat er een verband tussen hoofdpijn en allerlei psychische factoren bestaat en wel vooral een samenhang tussen hoofdpijn en de gestoorde relaties waarin de patiënt leeft, gestoorde gezinsrelaties, maar ook gestoorde relaties in de werksfeer.

Een tweede interessante bevinding was, dat op mijn vraag: 'Hebt U op dit moment, zoals we nu met elkaar praten, ook lasten of pijn onderin de rug?' negentien van de 43 patiënten een bevestigend antwoord gaven.

3 Nabeschouwing

De bestudering van alle interviewverslagen maakte duidelijk dat verreweg de meeste geïnterviewden een eigen mening hadden over de oorzaak van lage rugklachten.

Aan de hand van enkele voorbeelden heb ik aangegeven hoe verschillend door iedereen werd gedacht.

Wanneer we alle door de geïnterviewden genoemde oorzaken overzien, rijst de vraag wat de praktische consequentie hiervan is voor het handelen van de dokter. Als een patiënt zegt: 'Ik heb vroeger te hard gewerkt en daardoor heb ik nu rugklachten', betekent dit dat hij zijn rugklachten altijd zal houden. Mensen die zo over hun klachten praten, kunnen nimmer van hun klachten afgeholpen worden tenzij de arts iets inventiefs brengt. Het heeft iets te maken met de betekenis die het lichaam voor de mens heeft:

- . Het lichaam als raadsel : 'ik weet het niet ...'
- . Het lichaam als zwakte : kou, aangeboren, ongelukkige beweging.
- . Het lichaam als teken : 'zo ben ik geworden, kijk maar: ik heb te hard gewerkt.'; 'dat ongeluk heeft mij zo gemaakt.'

Het lijkt van belang vooral bij de meer chronische patiënten de mening van de patiënt en zijn eventuele familie te weten en deze kennis te incorporeren in het totale behandelingsplan. Op deze manier kan getracht worden een participatie van de patiënt aan het genezingsproces te verkrijgen. Een meer gerichte en meer efficiënte behandeling lijkt daardoor mogelijk.

DeHr. Q., 43 jaar (p.n. 081), had een door een myelografie bevestigde grote discusprolaps. Zowel zijn echtgenote als hijzelf schreven de rugklachten vooral toe aan spanningen. Letterlijk werd gezegd: 'Een hernia is een spanning.'

Het zal duidelijk zijn dat zo'n patiënt niet alleen met bedrust of een herniotomie geholpen zal zijn. Evenveel aandacht, zo niet meer, zal gegeven moeten worden aan het helpen verwerken van deze spanningen.

Het verkrijgen van dergelijke 'extra' informatie door de huisarts vergt meer tijd dan doorgaans op het spreekuur beschikbaar is. Dat 'meer' hoeft echter niet eens 'veel' te zijn. De interviews die in het kader van dit onderzoek werden afgenomen bijvoorbeeld duurden nooit langer dan een half uur. Ik zou er dan ook voor willen pleiten vooral bij de patiënten die voor hun rugklachten telkens terugkomen en bij wie geen duidelijke lichamelijke afwijkingen zijn te vinden, zo'n half uur te reserveren voor een gesprek op een wat rustiger moment buiten het spreekuur en de informatie uit dit gesprek te betrekken in het totale beeld dat wij van de patiënt hebben.

Zoals we zagen, gaf meer dan éénderde der patiënten spontaan of na verder doorvragen aan naast somatische oorzaken ook psychosociale factoren verantwoordelijk te stellen voor de rugklachten. Juist deze groep patiënten legt een grote verantwoordelijkheid op de schouders van de huisarts, omdat het niet herkennen en behandelen van de psychosociale problematiek kan leiden tot het zo belangrijke probleem van de 'somatische fixatie', die door Huygen (1978) wordt omschreven als het verschijnsel dat mensen exclusief medisch-somatische aandacht krijgen of vragen voor problemen, die niet primair of die slechts gedeeltelijk somatisch bepaald worden, waardoor belangrijke psychosociale aspecten naar de achtergrond worden gedrongen, zodat ze onbereikbaar en onoplosbaar worden. Evenzeer is er bij deze groep patiënten het gevaar van een 'psychosociale fixatie' wanneer eenzijdige aandacht wordt gegeven aan de psychosociale aspecten van de rugklachten.

Vraagstelling 6

1 Algemene beschouwingen en formulering van de vraagstelling

Classificatie van ziekten en klachten in de huisartspraktijk is veelal een moeilijke zaak doordat een individuele patiënt met zijn individuele klacht lang niet altijd met één woord - 'de diagnose' - kan worden beschreven. In dit kader spreekt Querido (1955) van de 'integrale diagnose', Brouwer (1962) van het 'diagnostisch totaalinzicht' en Greco (1966) van 'diagnostic construction'. Bedoeld wordt hiermee dat de huisarts in zijn diagnostisch functioneren de patiënt steeds blijft zien, geprojecteerd tegen de achtergrond van het milieu waarin deze patiënt leeft temidden van zijn gezin. In de specialistische geneeskunde, die zich kan bedienen van ingewikkelde meetapparatuur voor het verifiëren van diagnoses op een per specialisme 'afgebakend' terrein, is het classificeren meestal eenvoudiger. Zo vond Brouwer (1962) dat van 110 diagnoses er 47 op zogenaamd nosologisch niveau lagen en dus 'zeker' waren. Oliemans (1969b) kwam tot vergelijkbare resultaten en stelt: 'In bijna de helft der gevallen zal de huisarts dus werken met een niet of nauwelijks bevestigde diagnose of met een symptoomdiagnose.' Een later verricht onderzoek van Lamberts (1974, 1975a, 1975b) toont aan dat in het gezondheidscentrum Ommoord van de bijna 30.000 problemen - ziekten, klachten, leefproblemen en anderszins - die bijna 11.000 mensen in één jaar aan vier huisartsen aanboden, 41% van een duidelijke diagnose kon worden voorzien.

In vele gevallen zal de huisarts dus niet verder komen dan een symptoom- of een waarschijnlijkheidsdiagnose. Voor zijn werk in de dagelijkse praktijk is het niet zo belangrijk of hij een bepaalde ziekte of afwijking een naam kan geven, mits maar met een efficiënt behandelingsplan kan worden begonnen. Naar de mening van Cohen (1943), Crombie (1963) en Bremer (1972, 1981) kan het begrip diagnose in de huisartspraktijk dan ook het best gedefinieerd worden als: 'een voorlopige formulering die bedoeld is om te kunnen handelen.' Heel anders is het wanneer men een ziekte of klacht wil classificeren of etiketteren in het kader van een morbiditeitsonderzoek. In dat geval

zal een diagnose moeten worden geformuleerd, die met een enkele term wordt aangegeven en 'overdraagbaar' - interpreteerbaar - moet zijn aan anderen.

Ik wil mij nu verder beperken tot deze 'rubriekdiagnostiek'. Juist het werken met niet-geverifieerde diagnoses maakt het classificeren van de aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk zo moeilijk. Tot voor kort kwamen classificatiemogelijkheden, bruikbaar voor de huisartsgeneeskunde, slechts sporadisch voor. Ik noem hier bijvoorbeeld de E-lijst (1958) en de negen versies van de International Classification of Diseases - ICD - (WHO 1977). Veel klachten en ziekten in de huisartspraktijk bleken niet in deze classificatielijsten te kunnen worden ondergebracht.

De WONCA - World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians - heeft een internationale classificatie van problemen in de eerstelijns gezondheidszorg ontwikkeld. In 1979 werd een tweede versie van de ICHPPC - International Classification of Health Problems in Primary Care - geïntroduceerd. Deze ICHPPC-2 is met steun en instemming van de WHO tot stand gekomen en de vertaling hiervan werd gepubliceerd in het maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap (Van Veen 1979). Volgens Lamberts (1979) is deze ICHPPC de minst slechte classificatie van problemen in de eerste lijn, die op dit moment beschikbaar is.

Na deze meer algemene beschouwingen over classificeren van huisartsgeneeskundige problematiek wil ik nu ingaan op de indeling van patiënten met lage rugklachten.

Lage rugpijn als klacht is in alle classificatiesystemen ondergebracht in de groep 'Ziekten van het bewegingsapparaat'. Juist bij deze groep zijn er doorgaans veel moeilijkheden bij de codering omdat de huisarts hier vaak niet verder komt dan het noemen van symptomen. Veelal staat de pijn bij ziekten binnen deze groep van aandoeningen van spieren, skelet en bindweefsel op de voorgrond. Het onderscheid tussen verschillende diagnoses is vaak niet eenvoudig en zal afhangen van de persoonlijke interpretatie van de registrerende arts.

Allerlei indelingen zijn mogelijk. Zo kan gekozen worden voor het onderbrengen van de klacht lage rugpijn in een aantal diagnoses zoals arthrosis deformans; lumbago; fibrositis, myositis en myalgieën; ischias en hernia nuclei pulposi (volgens de morbiditeitsclassificatie

voor gebruik door huisartsen, ontleend aan de Engelse zogenaamde 'E-lijst'). Ook is het mogelijk bij lage rugklachten een onderscheid te maken tussen het al dan niet bestaan van röntgenologische afwijkingen. Zo onderscheidt Lamberts (1975a) twee groepen lage rugklachten, te weten spondylosis lumbalis en low back pain zonder röntgenologische afwijkingen. Uiteraard betreft het hier een zeer arbitrair criterium omdat het de vraag is of afwijkingen op de röntgenfoto veel zeggen over ernst en duur van de klachten. In de nieuwste classificatie die ons ter beschikking staat, de ICHPPC-2, wordt een verdeling ingevoerd in rugpijn zonder uitstralingssymptomen en rugpijn met uitstralingssymptomen.

Naast de bovengenoemde classificatielijsten zijn er nog andere schema's, zoals dat van de Studiegroep Alphen aan den Rijn (1965) en dat van de Continue Morbiditeitsregistratie Nijmegen (1971-1977). Welke indeling bij lage rugklachten ook wordt gehanteerd, geen enkel zal zonder bezwaren zijn. Het belangrijkste bij een classificatie is mijns inziens het feit dat de genoemde diagnoses bruikbaar en relevant zijn voor de huisartsgeneeskunde en dat ze gemakkelijk interpreteerbaar moeten zijn voor anderen.

De volgende vraagstelling werd geformuleerd:

6 Hoe is de toepasbaarheid van enkele morbiditeits-classificatieschema's bij de klacht lage rugpijn in de huisartspraktijk en hoe zijn - bij honderd patiënten - de diagnoses over deze schema's verdeeld?

2 Werkwijze en beschrijving van de classificatieschema's

Voor de beantwoording van bovengenoemde vraag werd gekozen voor een prospectief onderzoek in de eigen praktijk. Van 100 patiënten die zich met de klacht lage rugpijn tot mij wendden, werd met behulp van vijf verschillende morbiditeits-classificatielijsten getracht te classificeren. In tegenstelling tot het retrospectieve deel van ons onderzoek, werden lage rugklachten samengaand met symptomen die deden denken aan de aanwezigheid van een bacterieel of viraal infect nu wel meegerekend; ook rugklachten waarvan de oorzaak moest worden gezocht in een aandoening van één der inwendige

organen of de bloedvaten werden in dit prospectieve onderzoek opgenomen. Het ging nu dus om 'alle' uitingsvormen van rugpijn.

De registratieduur van dit onderzoek ving aan op 9 maart 1981 - de dag dat de eerste patiënt met lage rugpijn zich aandiende - en eindigde op 29 juni 1981 - toen de honderdste patiënt met deze klacht kwam.

Van deze patiënten werden direct na afloop van het contact de volgende gegevens genoteerd: naam, adres, leeftijd, datum consult/visite, wel of niet behorend tot de populatie van het retrospectieve onderzoek, soort contact (consult of visite), wel of geen verwijzing naar een fysiotherapeut of een specialist. Van elke patiënt werd een korte casuïstiekbeschrijving vastgelegd. Van eventueel binnen de registratieduur vallende herhaalconsulten/visites werden de data genoteerd.

De volgende regels werden gehanteerd:

- Alleen patiënten die ik zelf zag, werden in het onderzoek betrokken.
- Telefonische consulten, door de assistente gegeven adviezen en afgegeven recepten voor de klacht lage rugpijn kwamen in deze registratie niet aan de orde.
- Per patiënt werd één diagnose genoteerd.

De vijf getoetste schema's waren:

Schema I

Diagnoseclassificatielijst Studiegroep Alphen aan den Rijn (1965)

1. - myalgia lumbalis
2. - statische rugklachten
3. - arthrosis deformans
4. - HNP
5. - andere afwijkingen aan de wervelkolom
6. - interne afwijkingen
7. - gynaecologische afwijkingen
8. - trauma (contusie)
9. - ischialgie zonder nadere omschrijving
10. - afwijkingen voeten
11. - afwijkingen knieën
12. - afwijkingen heupen
13. - andere afwijkingen aan de benen
14. - psychogeen
15. - onbekend
16. - andere afwijkingen

Schema II

Diagnoseclassificatielijst Hoekstra (1972-1977)

1. – ischialgie, ischias,
- 2.* – hernia nuclei pulposi, wortelcompressiesyndroom,
3. – lumbago, myalgie, myogeen, hypertonie en andere benamingen welke gebruikt worden om een nadere aanduiding te geven van een aandoening in het spier- en steunweefsel rond de wervelkolom,
4. – statische afwijkingen,
5. – degeneratieve aandoeningen van de thoracolumbosacrale wervelkolom,
6. – ziekte van Scheuermann of vroeger doorgemaakte Scheuermann,
- 7.* oorzaak in een aandoening van één der inwendige organen of de klacht is een onderdeel van een bacterieel of een viraal infect,
8. – bijzondere aandoeningen (waaronder traumata),
9. – geen diagnose.

* in tegenstelling tot het retrospectieve deel van deze studie werd nu de diagnose HNP door mij wel gesteld en als zodanig geclassificeerd

** deze rubriek ontbrak in de indelingslijst van het retrospectieve deel van deze studie

Schema III

Diagnoseclassificatielijst Lamberts (1974, 1975)

1. – spondylosis lumbalis
2. – low back pain exclusief spondylosis lumbalis
3. – myalgieën
4. – houdingsafwijking wervelkolom inclusief de ziekte van Scheuermann

Schema IV

Diagnoseclassificatielijst zoals die werd gebruikt in de Continue Morbiditeitsregistratie Nijmegen (1971-1977)

1. – ischialgie
2. – lumbago
3. – hernia nuclei pulposi
4. – rugpijn zonder duidelijke afwijkingen.

Schema V

De ICHPPC-2 (1979)

1. – arthrosis deformans van de wervelkolom.
2. – rugpijn zonder uitstralingssymptomen.
3. – rugpijn met uitstralingssymptomen.
4. – verworven misvormingen van de wervelkolom.
5. – trauma wervelkolom: fracturen wervelkolom met of zonder ruggemergslaesie, verstuikingen en distorsies van de wervelkolom inclusief het sacro-iliacale gebied, andere traumata.

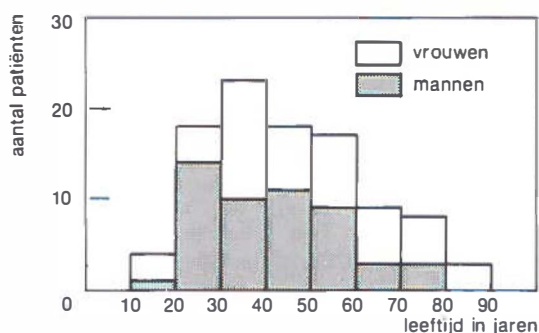
Bedacht moet worden dat het hier gaat om indelingen die niet voor gebruik in de kliniek zijn bedoeld maar voor gebruik door de huisarts. Voor alle schema's geldt dat diagnoses gebaseerd op pathologische

gronden en diagnoses gebaseerd op het klinische beeld naast elkaar worden gebruikt. Strikt genomen is dat onjuist maar in de praktijk wordt het vaak gedaan.

3 De resultaten

In deze observatieperiode telde mijn praktijk ongeveer 3100 patiënten. In de 61 normale werkdagen waarvan de consulten en de visites werden geteld, waren er in totaal 1883 contacten tussen mij en één van de bij mij ingeschreven patiënten. Daarvan betroffen 100 contacten patiënten die mij in deze periode voor de eerste keer voor rugpijn consulteerden, dat wil zeggen 5.3% van alle contacten. Van de 100 rugpatiënten zagen enkelen mij voor het einde van de observatieperiode meermalen terug; van alle contacten die ik tussen 9 maart 1981 en 29 juni 1981 met patiënten had, had in totaal 6.8% te maken met rugpijn.

De honderd eerste contacten van honderd achtereenvolgende rugpatiënten werden door ons geanalyseerd. Twaalf keer betrof het een huisbezoek en 88 keer een consult op mijn praktijkadres.



Figuur 19 De leeftijds- en geslachtsverdeling van 100 rugpijnpatiënten

Er waren 51 mannen, de jongste patiënt was zeventien en de oudste patiënt was 84 jaar. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen was 48 jaar en de gemiddelde leeftijd van de mannen 41 jaar.

Evenals in het retrospectieve deel van het onderzoek werden kinderen beneden de leeftijd van vijftien jaar niet meegeteld. Hoe weinig rugklachten in deze leeftijdsgroep voorkomen, blijkt uit het gegeven dat ik slechts drie maal werd geconfronteerd met rugklachten in die groep, bij twee meisjes van 10 jaar en één jongetje van 6 jaar.

Patiëntje C., een meisje van 10 jaar.

Na een val op de bil enkele weken geleden zou dit meisje volgens de moeder scheef staan. Bij onderzoek vond ik een lichte thoracolumbale scoliose convex naar links en een bekenschiefstand met een beenlengteverschil van één centimeter ten nadele van links. Verder was er een normale functie van de wervelkolom.

De scoliose was te compenseren door een plankje van één centimeter onder de linkervoet te plaatsen.

Een door mij aangevraagde röntgenfoto sloot een structurele scoliose uit.

Patiëntje L., een meisje van 10 jaar.

Volgens moeder zou dit meisje een 'kromme' rug hebben. Het meisje deed zonder bezwaren aan vele sporten mee.

Bij onderzoek kon ik behoudens een wat versterkte lumbale lordose geen enkele afwijking vinden.

De conclusie luidde dan ook dat het hier om een 'normale' rugging, waarna de moeder kon worden gerustgesteld.

Patiëntje R., een jongetje van 6 jaar.

Moeder vertelde dat hij nu al een jaar in wisselende mate stekende pijnen in het hele ruggebied onder de schouderbladen en in het kruis van de rug had. Na enkele uren zoude pijn dan weer wegtrekken. Het jongetje deed er eigenlijk alles om. Vaak zou hij tijdens deze klachten ook koorts hebben.

Bij onderzoek had het patiëntje een temperatuur van 39,6° Celsius en klaagde over rugpijn.

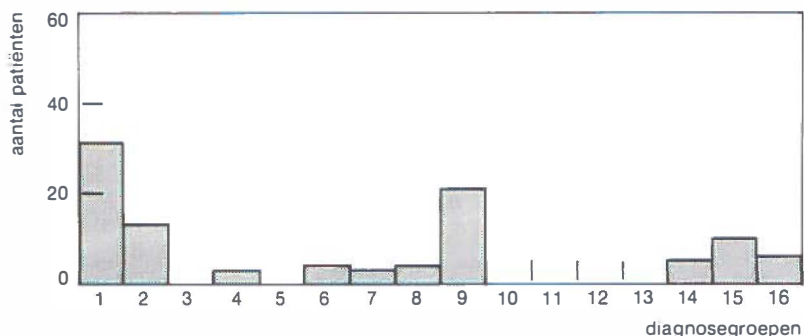
Behalve het beeld van een pharyngitis vond ik geen afwijkingen. Er was met name een volkomen normale rugfunctie.

Sediment-onderzoek van de urine was normaal. De uricult was negatief.

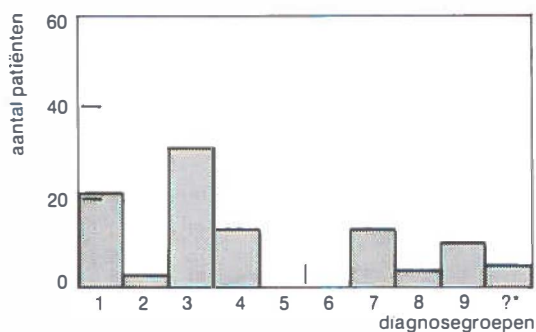
Van het bloedonderzoek vermeld ik de volgende waarden: BSE 34-68 mm, Hb 112 g/l, leucocyten $15.1 \cdot 10^9/l$ en een normale differentiatie van het witte bloedbeeld.

Ik stelde als diagnose: recidiverende infecten met myalgiforme klachten van de rug bij een lichte anaemie.

Van de honderd patiënten boven de vijftien jaar waren er 28 die ook tot de 380 patiënten van het retrospectieve onderzoek behoorden, dertien patiënten werden voor behandeling doorgestuurd naar een fysiotherapeut en vier werden naar een medisch specialist verwezen. Hoe nu de honderd patiënten met lage rugpijn waren verdeeld over de verschillende morbiditeits-classificatieschema's is te zien in de figuren 20, 21, 22, 23 en 24.

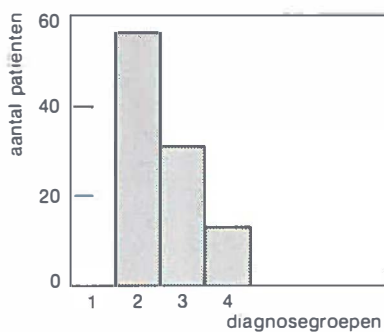


Figuur 20 De verdeling van 100 patiënten met lage rugpijn over de diagnosegroepen van de morbiditeits-classificatielijst van de Studiegroep Alphen aan den Rijn (1965)

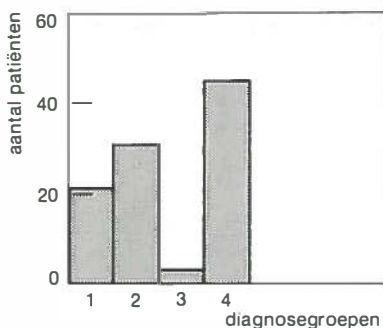


Figuur 21 De verdeling van 100 patiënten met lage rugpijn over de diagnosegroepen van de morbiditeits-classificatielijst van Hoekstra (1972-1977)

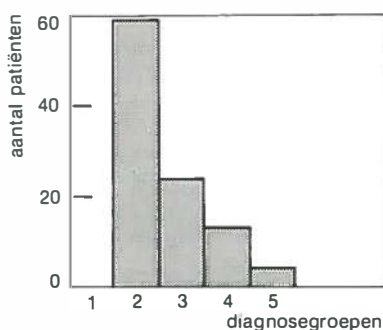
* ? wil zeggen: de patiënt was niet te classificeren in één van de andere diagnosegroepen



Figuur 22 De verdeling van 100 patiënten met lage rugpijn over de diagnosegroepen van de morbiditeits-classificatielijst van Lamberts (1974, 1975)



Figuur 23 De verdeling van 100 patiënten met lage rugpijn over de diagnosegroepen van de Continue Morbiditeitsregistratie Nijmegen (1971-1977)



Figuur 24 De verdeling van 100 patiënten met lage rugpijn over de diagnosegroepen van de ICHPPC-2

Reeds bij een globale bestudering van de figuren valt op dat verscheidene diagnosegroepen niet werden gebruikt. Dit was vooral het geval bij het schema Alphen aan den Rijn. Enerzijds komt dit door de vaagheid van de omschrijving (groep 5 = andere afwijkingen van de wervelkolom) anderzijds wordt dit veroorzaakt door het aanwezig zijn van diagnosegroepen (groep 10 = afwijkingen voeten; groep 11 = afwijkingen knieën; groep 12 = afwijkingen heupen; groep 13 = andere afwijkingen aan de benen) die op zichzelf niet in verband hoeven te staan met de lage rugpijn.

De groep 3 van Alphen aan den Rijn, de groep 5 van mijzelf, de groep 1 van Lamberts en de groep 1 van de ICHPPC-2, die alle de diagnose arthrosis deformans, spondylosis deformans of degeneratieve aandoeningen van de thoracolumbosacrale wervelkolom bevatten, heb ik

niet gebruikt omdat het mijns inziens röntgenologische diagnoses zijn die een beschrijving geven van aandoeningen van structuren en niet van ziekten. Het is schijnobjectiviteit in de huisartspraktijk de ziekten van de patiënt met deze röntgenologische bewoordingen te willen aangeven.

In één schema - dat van mijzelf - waren vijf patiënten niet te classificeren. Het ging hierbij om psychogene klachten.

p.n. XLI, de Hr. G., 34 jaar.

Deze patiënt verkeerde eigenlijk al maanden lang vanwege zijn werk in een stresssituatie. Werkte dag en nacht. Ook in de weekenden moest hij vaak vergaderen.

Sedert drie weken had hij nu last van een zeurende en borende pijn onderin de rug. Hij kon er eigenlijk alles normaal om doen.

De echtgenote van patiënt vertelde hoe patiënt soms in een 'hysterische' huilbui kon uitbarsten en het leven dan op zo'n moment niet meer zag zitten.

Patiënt zelf dacht erover een andere baan te nemen.

Bij het lichamelijk onderzoek zag ik een krachtige, atletisch gebouwde man. Flexie, extensie en rotatie van de thoracolumbale wervelkolom was normaal mogelijk zonder pijn. Bij palpatie wat vage drukpijn op de musculus erector trunci rechts. Bij oriënterend neurologisch onderzoek geen bijzonderheden.

Ik concludeerde dat hier een psychische oorzaak van de rugklachten aanwezig leek.

Deze vijf patiënten konden verder alleen in het schema van Alphen aan den Rijn (groep 14 = psychogeen) herkenbaar worden ondergebracht, terwijl ze in de schema's van Lamberts, de Continue Morbiditeitsregistratie Nijmegen en de ICHPPC-2 'verdwenen' in respectievelijk de klacht-diagnoses 'low back pain', 'rugpijn zonder duidelijke afwijkingen' en 'rugpijn zonder uitstralingssymptomen'.

De diagnose 'hernia nuclei pulposi' was in enkele gevallen met grote waarschijnlijkheid te stellen, doch kon alleen in het schema Alphen aan den Rijn, mijn eigen schema en het schema van Nijmegen goed omschreven worden ingedeeld.

p.n. XCIII, de Hr. U., 38 jaar.

Vijf dagen voor het consult kreeg patiënt in het weekend tijdens privé-bouwwerkzaamheden pijn onderin de rug, een dag later gevolgd door een uitstralende pijn vanuit de rug door de bil langs de achterzijde van het linkerbeen tot in de grote teen. Patiënt ging op eigen initiatief enkele dagen 'plat', waarna een verbetering optrad. Thans, een week later, weer een schietende pijn in de rug en van daaruit naar het linkerbeen. Verder een wat dovig gevoel aan de laterale zijde van het linker onderbeen. Niezen deed de uitstralende pijn verergeren.

Bij het lichamelijk onderzoek vond ik drukpijn op het proximale verloop van de nervus ischiadicus. Verder was er een beperkte flexie van de wervelkolom, waarbij een toename van de uitstralende pijn werd aangegeven. De pijn trok tot in de voet uit. De proef van Kemp was negatief. De KPR Re=Li positief, beiderzijds een indifferente APR. Er was een hypaesthesie aan de laterale zijde van het linker onderbeen. Bij de proef van Lasègue werd bij ongeveer 40° pijn aangegeven en trad bij ongeveer 60° een fixatie op in het heupgewricht. Bij het tien keer van de hak op de tenen gaan staan, was de kracht van de linker ten opzichte van de rechtervoet minder.

Ik stelde de diagnose: radiculair compressiesyndroom van de wortel L5.

In het schema van Lamberts ging de diagnose HNP verloren in de grote 'vergaarbak' low back pain, terwijl deze diagnose in de ICHPPC-2 terecht kwam in de groep 'rugpijn met uitstralingssymptomen'.

Behalve in de ICHPPC-2 was de diagnose 'lumbago-myalgie' overal redelijk onder te brengen.

p.n. XXIV, de Hr. C., 29 jaar.

Patiënt is een zelfstandig boer op een éénmansbedrijf.

Op de dag van het consult kreeg hij tijdens het onder een koe zitten na een plotseling draaiende beweging acuut pijn in het kruis van de rug. Hij kon nauwelijks omhoog komen en stond meteen scheef. De pijn straalde niet uit. Hoesten en niezen had geen invloed op de pijn.

Patiënt kwam zeer moeizaam uit de stoel van de wachtkamer omhoog.

Bij het lichamelijk onderzoek stond de patiënt in een uitgesproken scoliotische houding. Er was een sterke hypertonie paravertebraal laag lumbaal rechts aanwezig. De flexie van de wervelkolom was sterk beperkt en pijnlijk. Ook de extensie was pijnlijk. Rotatie naar links was niet pijnlijk, naar rechts echter wel. Bij het oriënterend neurologisch onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. De proef van Lasègue was negatief.

Concluderend ging het hier om een typische lumbago.

De diagnose 'ischialgie' kon niet bevredigend worden geclassificeerd in het schema van Lamberts. In de ICHPPC-2 bevat groep 3 (rugpijn met uitstralingssymptomen) naast de ischialgiepatiënten ook de patiënten met een HNP.

In de drie andere schema's konden de 21 ischialgiepatiënten ieder een eigen plaats krijgen. Veelal ging het om een vrij gemakkelijk herkenbaar syndroom.

p.n. XLIV, de Hr. I., 53 jaar.

Patiënt had eigenlijk al een paar maanden een zeurende pijn links boven de bil en paravertebraal laag lumbaal. Soms zou er op onwillekeurige momenten een schietende pijn optreden, die vanuit de rug door de bil langs de achterzijde van het bovenbeen en langs de zijde van het onderbeen trok.

Bij het lichamelijk onderzoek zag ik een normaal gevormde rug. Alle bewegingen waren zonder beperking mogelijk. Bij de proef van Lasègue trad er een kortdurende schietende pijn vanuit de bil tot in de voet op. Er was een dubieuze drukpijn op het proximale verloop van de nervus ischiadicus.

Ik concludeerde tot wisselend ischialgiforme klachten.

In tien gevallen kon geen enkele diagnose worden gesteld ten tijde van het arts-patiëntcontact.

p.n. XX, mevr. C., 72 jaar.

Ongeveer drie week had patiënte een zeurende pijn vlak naast de wervelkolom ongeveer tien centimeter onder het rechter schouderblad. Ze werd er soms wakker van. Bukken en tillen deed de pijn verergeren. Ze deed er eigenlijk alles om.

Ongeveer een jaar geleden had patiënte ook dergelijke klachten; toen werden op de röntgenfoto uitgebreide spondylotische afwijkingen gezien.

Patiënte was bij mij bekend met een status na een ablatio mammae in verband met een intracanaliculair carcinoom.

Bij het lichamelijk onderzoek vond ik drukpijn op enkele laag thoracale wervels. Mogelijk was er iets hypertonie van de paravertebrale musculatuur. De bewegingen van het thoracolumbale gedeelte der wervelkolom waren normaal mogelijk. Bij retroflexie van de rug werd pijn aangegeven. Er was geen asdrukpijn. Bij het neurologisch onderzoek geen bijzonderheden.

Hoewel ik me goed realiseerde dat ernstige oorzaken uitgesloten moesten worden, had ik op het moment van het consult voor deze rugpijn geen verklaring.

Het niet kunnen noemen van een diagnose kon apart gecodeerd worden in de classificatielijsten van Alphen aan den Rijn en mijzelf, maar niet in de andere schema's.

De vier patiënten met een rugtrauma konden expliciet worden ondergebracht in de schema's van Alphen aan den Rijn en de ICHPPC-2, terwijl in mijn schema deze groep patiënten terug is te vinden in groep 8 - bijzondere aandoeningen -. De herkenning van deze diagnosegroep gaf meestal geen problemen.

p.n. VI, de Hr. A., 41 jaar.

Twee dagen voor het consult was patiënt in de kelder gevallen en kwam op zijn rug terecht. Hij had nu een felle pijn door de hele rug. Kwam half strompelend mijn spreekkamer binnen.

Bij het lichamelijk onderzoek vond ik behalve een compressiepijn van de thorax, een sterk gevoelige rugmusculatuur paravertebraal links. Er was een groot hematoom boven de crista iliaca posterior. Bewegingen van de rug waren nauwelijks mogelijk door de pijn. Het sediment van de urine bevatte 0-3 erythrocyten per gezichtsveld.

Ik stelde onder andere de diagnose: contusie van de paravertebrale rugmusculatuur.

In de schema's van Lamberts en de Continue Morbiditeitsregistratie Nijmegen 'verdwenen' deze rugtraumata in de rubriek klacht-diagnose.

Behalve in het schema van de Continue Morbiditeitsregistratie Nijmegen, was in elke classificatielijst plaats ingeruimd voor de groep 'statische afwijkingen'. Mede door het ontbreken van andere objectieve gegevens, waren de dertien patiënten met deze diagnose meestal vrij gemakkelijk te herkennen.

p.n. LXXXV, de Hr. R., 52 jaar.

Deze alleenwerkende boer had eigenlijk al vijf jaar last van een moe, lam en pijnlijk gevoel onderin de rug. Er was daarbij geen sprake van uitstraling. Hij had in de loop der jaren al verschillende koeien en varkens moeten verkopen. Patiënt kon nu niet meer. Hij dacht zelf dat de rug te veel geleden had door het zware werk. 'Er is wat verscheurd of vergroeid, dokter.' Hij zei zijn werk anders met plezier te doen.

Bij het lichamelijk onderzoek vond ik in ruststand een forse gefixeerde thoracale kyfose met een enorme hyperlordose lumbaal. De flexie van de rug was sterk beperkt en pijnlijk. Extensie was nauwelijks mogelijk. Ook de rotatie was pijnlijk en beperkt.

Ik stelde hier als diagnose: sterk gestoorde statiek met waarschijnlijk al ernstige degeneratieve afwijkingen; mogelijk berust de gestoorde statiek op een oude Scheuermann.

Uiteraard kunnen aan rugpijn ook oorzaken buiten de rug ten grondslag liggen. In de schema's van Lamberts, de Continue Morbiditeitsregistratie Nijmegen en de ICHPPC-2 is voor deze diagnosegroep geen plaats ingeruimd. In mijn eigen schema zijn deze oorzaken terug te vinden in groep 7 (oorzaak in een aandoening van één der inwendige organen of de klacht als onderdeel van een bacterieel of een viraal infect). Er konden dertien patiënten in deze groep worden gerangschikt.

In het meer gedifferentieerde schema van Alphen aan den Rijn is af te lezen dat het in vier gevallen gaat om interne afwijkingen (groep 6), in drie gevallen om gynaecologische afwijkingen (groep 7) en in zes gevallen om een viraal of een bacterieel infect, die zijn ingedeeld onder de 'andere afwijkingen' (groep 16).

p.n. LXXXIX, mevr. U., 84 jaar.

Ongeveer twee weken had ze last van een wat zeurende pijn paravertebraal hoog lumbaal zonder uitstraling. Moest ook sedert twee weken vaker plassen. Het urineren ging gepaard met pijn. Patiënte had de indruk dat haar rugklachten samenhangen met de plas-klachten. Het bewegen van de rug zou geen invloed hebben op de pijn.

Bij het lichamelijk onderzoek vond ik een wat vage drukpijn ter hoogte van de linker

nierloge. Er was geen slagpijn. Rekening houdend met de leeftijd van patiënte waren er normale bewegingen mogelijk van de rug.

Er werden verder geen afwijkingen gevonden.

Het urine-sediment bevatte zes leucocyten en vier tot acht erythrocyten per gezichtsveld. Bovendien waren er zeer veel staafvormige bacteriën aanwezig.

Mede gezien haar voorgeschiedenis met vele blaasontstekingen, beschouwde ik dit beeld als een urineweginfectie.

De rugklachten werden beschouwd veroorzaakt te worden door een aandoening van een inwendig orgaan.

p.n. LXXVI, mevr. R., 30 jaar.

Sedert ongeveer zes weken had patiënte onderbuiksklachten en rugklachten. Ze kon verder alle bewegingen met de rug doen. De klachten zouden zijn ontstaan na het inbrengen van een IUD zes weken na de geboorte van haar tweede kind.

De laatste dagen zou ze steeds een temperatuur hebben van rond de 38° Celsius.

Bij het lichamelijk onderzoek was een scoliose convex naar rechts aanwezig. Alle bewegingen van de rug waren normaal en zonder pijn mogelijk. Ook neurologisch onderzoek leverde geen bijzonderheden op.

Bij het vaginaal toucher werd een drukpijnlijke uterus gevonden. De adnexa voelden normaal. Bij palpatie van de uterus zei patiënte de rugklachten duidelijker te voelen. In speculo waren de draadjes van het IUD te zien.

De rugklachten leken mij hier bepaald door een niet goed reageren op het IUD. Ook een endometritis was niet uitgesloten.

p.n. LXVIII, de Hr. Q., 28 jaar.

Gistermiddag tijdens het werk plotseling toenemende lasten van pijn onderin de rug, trekkend naar beide benen. Kon zich ook niet goed meer bukken en overeind komen. Na enkele uren zat hij te klappertanden van de kou. Thuis mat hij een temperatuur van 39,5° Celsius.

Een paar dagen eerder had ik zijn dochttertje gezien met het beeld van een 'griep'.

Bij onderzoek vond ik een diffuus drukpijnlijke rugmusculatuur. Verder aan de rug geen bijzonderheden. In de keel zag ik felrode tonsilnissen met drukpijnlijke lymfomen submandibulair. Ik mat een temperatuur van 38,6° Celsius.

De rugklachten leken mij hier bepaald door het bestaande viraalinfectie.

4 Nabeschouwing en voorlopige conclusie

Samenvattend kan gezegd worden dat in geen enkel schema de groep 'arthrosis deformans', 'spondylosis deformans' of 'degeneratieve aandoeningen van de thoracolumbosacrale wervelkolom' werd geclassificeerd omdat dit röntgenologische beschrijvingen zijn van aandoeningen die weinig of niets zeggen over de klacht of ziekte van de patiënt. Dergelijke röntgenologische 'diagnoses' horen naar mijn mening dan ook niet in een diagnose-classificatieschema voor gebruik van de huisarts thuis, omdat ze het risico in zich dragen mis-

bruikt te worden als dekmantel voor onbegrepen en niet onder te brengen rugklachten.

Mijn kritiek op de schema's van Lamberts, van de Continue Morbideitsregistratie Nijmegen en de ICHPPC-2 is dat ze een diagnosegroep 'low back pain, rugpijn zonder duidelijke afwijkingen respectievelijk rugpijn met en zonder uitstralingssymptomen' bevatten waarin de klacht 'lage rugpijn' als zodanig altijd kan worden ondergebracht, ook al weet men verder niets van de oorzaak. Dit had tot gevolg dat steeds een groot aantal patiënten in deze diagnosegroep terecht kwam; namelijk 56 in het schema van Lamberts, 45 in het schema van Nijmegen en 83 in de ICHPPC-2. Het verdwijnen van zo'n groot percentage rugpatiënten in één verzamelgroep leidt tot een vrij ongedifferentieerde benadering van het probleem lage rugpijn.

Veel uitgebreider en gedifferentieerder was het schema van Alphen aan den Rijn, maar hier werden vijf van de diagnosegroepen niet gebruikt, enerzijds omdat ze te onduidelijk waren omschreven (groep 5 'andere afwijkingen van de wervelkolom') anderzijds omdat ze diagnosegroepen bevatten die eigenlijk meestal niet in direct verband staan tot rugklachten (groep 10 'afwijkingen voeten', groep 11 'afwijkingen knieën', groep 12 'afwijkingen heupen', groep 13 'andere afwijkingen aan de benen'). Voor zover de afwijkingen genoemd onder de diagnosenummers 10 tot en met 13 wel in een mogelijk verband staan tot de rugklachten, zou het beter zijn deze diagnosegroepen vanwege hun geringe frequentie van voorkomen samen te voegen tot één groep of onder te brengen onder groep 2 ('statistische rugklachten') van het schema Alphen aan den Rijn.

Het voordeel van het schema van Alphen aan den Rijn is dat hieruit vrij nauwkeurig een indruk kon worden verkregen welke oorzaken en welke bevindingen er waren bij de honderd door mij onderzochte patiënten. Dit laatste geldt ook voor het schema van mijzelf alhoewel in die lijst patiënten, bij wie de oorzaak van de rugklachten in het psychische vlak moest worden gezocht, niet konden worden ondergebracht. Het classificeren van deze patiënten in de diagnosegroep 'geen diagnose' zou verlies van een stuk relevante informatie betekenen.

Een ander nadeel van mijn classificatielijst was de 'vaagheid' van diagnosegroep 8, die naast de traumata ook andere aandoeningen

bevat. Eén en ander is het gevolg van het feit dat deze groep bij de verwerking van het retrospectief verkregen materiaal van deze studie een heel andere functie had. Voor het classificeren van rugpijn lijkt het beter de diagnosegroep 8 alleen te reserveren voor 'traumata van de rug'.

Aangezien rugklachten voor een niet onbelangrijk deel door oorzaken buiten de rug kunnen ontstaan, is de toevoeging van groep 7 in mijn schema ('oorzaak in een aandoening van één der inwendige organen of de klacht is een onderdeel van een bacterieel of een viraal infect') die de diagnosenummers 6, 7 en 16 van de lijst van Alphen aan den Rijn omvat, zonder meer noodzakelijk.

Voorlopig kan geconcludeerd worden dat:

- het schema van Alphen aan den Rijn te uitgebreid is,
- het schema van mijzelf een onduidelijke diagnosegroep bevat en de classificatie van psychogene oorzaken niet toelaat,
- de schema's van Lamberts, de Continue Morbiditeitsregistratie Nijmegen en de ICHPPC-2 ten aanzien van lage rugpijn te beperkt en te ongedifferentieerd zijn.

Geen enkel schema voldeed aan de gestelde eis dat een morbiditeits-classificatielijst voor de huisartsgeneeskunde diagnosegroepen moet bevatten die relevant zijn, dat deze lijst moet leiden tot reproduceerbare conclusies en bovendien gemakkelijk interpreteerbaar moet zijn voor anderen. Voor de classificatie van lage rugklachten in de huisartspraktijk lijkt op grond van de resultaten van dit onderzoek, een samenbundeling van de schema's van Alphen aan den Rijn en van mij het meest gewenst en een dergelijke classificatielijst zou dan de volgende diagnosegroepen moeten bevatten:

- lumbago en vergelijkbare aandoeningen van de spieren
- ischialgie
- hernia nucleii pulposi
- statische afwijkingen van de rug (inclusief de ziekte van Scheuermann) waarbij een samenhang met de rugklachten aannemelijk geacht mag worden
- traumata van de rug
- psychogene oorzaak

- oorzaak in een aandoening van één der inwendige organen of de klacht is een onderdeel van een bacterieel of viraal infect
- geen diagnose

SAMENVATTING

In mijn huisartspraktijk werd een onderzoek verricht bij patiënten met lage rugklachten. De bedoeling was een bijdrage te leveren aan een beter begrijpen van het verschijnsel lage rugklachten, dat naast medische ook belangrijke psychosociale en sociaaleconomische aspecten heeft.

Juist de huisarts, die van alle behandelende artsen het grootste deel van de patiënten met lage rugklachten ziet, moet door zijn vaak jarenlange, continue relatie met zijn patiënten en de kennis die hij over hun persoonlijke leefomstandigheden heeft, in staat worden geacht zijn visie op deze veel voorkomende klacht te geven. Bovendien is hij de enige arts die in de gelegenheid is het beloop over langere tijd van dichtbij te volgen.

Door middel van de bestudering en statistische bewerking van de retrospectief verkregen gegevens van patiënten die in de periode 1972-1977 met lage rugklachten werden gezien, door het interviewen van een aantal patiënten en hun familieleden en door een aanvullend prospectief onderzoek bij een groep patiënten die mij in 1981 raadpleegden, wordt een antwoord gegeven op enkele binnen het kader van de doelstelling geformuleerde vragen.

In de inleiding wordt ingegaan op de vraag waarom lage rugklachten tot onderwerp van studie werd gekozen. Er waren drie redenen: de vaak optredende gevoelens van machteloosheid in het omgaan met patiënten met deze klacht, de frequentie waarin de klacht voorkomt en het feit dat door huisartsen relatief weinig over rugklachten is geschreven.

In hoofdstuk 1 wordt aandacht besteed aan enkele aspecten van de geschiedenis van lage rugklachten. Naar voren komt dat de klacht lage rugpijn even oud moet zijn als de mensheid zelf en dat met het veranderen van de inzichten in de medische wetenschap ook de houding ten opzichte van de lage rugpijn veranderde. Enkele van de meer dan 2000 jaar geleden toegepaste therapieën hebben echter tot op de dag van vandaag hun geldigheid behouden.

Hoofdstuk 2 laat zien dat het woord 'rug' in vele spreekwoorden en uitdrukkingen in onze taal voorkomt en tracht een verklaring te geven waarom de symboliek van de rug zo veel in gezegdes wordt genoemd.

In hoofdstuk 3 wordt de anatomie van de regio lumbosacralis globaal besproken, waarbij alleen die kennis wordt gepresenteerd die de huisarts nodig heeft voor een juiste beoordeling van klachten in dit gebied.

Hoofdstuk 4.1 geeft, aan de hand van een onderzoekschema, de anamnese en het lichamelijk onderzoek bij de patiënt met lage rugklachten in de huisartspraktijk. Naast aandacht voor de psychosociale aspecten van het lage rugpijnlijden, wordt gewezen op het belang van een goed lichamelijk onderzoek. Er wordt gewaarschuwd voor het eenzijdig somatisch of psychisch benaderen van de klacht. Hoofdstuk 4.2 bevat de differentiële diagnostiek. Aan de hand van een indeling naar aetiologie en naar uitingvormen wordt aandacht besteed aan enkele voor de huisarts relevant geachte aandoeningen. Van enkele ervan worden de symptomatologie en de bevindingen bij het fysisch diagnostisch onderzoek gegeven.

In hoofdstuk 4.3 wordt nagegaan welke therapeutische mogelijkheden de huisarts ten dienste staan.

Hoofdstuk 5 benadert het verschijnsel lage rugklachten meer kwantitatief. Gewezen wordt op het frequente voorkomen ervan in de bevolking. Ook in de huisartspraktijk blijkt deze klacht vaak een reden te zijn om advies te vragen. Er wordt ingegaan op de belangrijke sociaaleconomische gevolgen.

In hoofdstuk 6 komen verschillende onderzoeken van andere huisartsen aan de orde. Het bleek niet mogelijk hieruit een duidelijke slotconclusie te formuleren, gezien de grote diversiteit van de vraagstellingen in deze studies en de grote verschillen in methodiek. Er wordt dan ook volstaan met een samenvatting van de gegevens van elk onderzoek afzonderlijk.

Hoofdstuk 7 geeft een verslag van de periode die aan de start van het onderzoek voorafging. De aanvankelijk fout ingeslagen weg wordt aan een kritische beschouwing onderworpen.

Hoofdstuk 8 beschrijft de resultaten van het eigenlijke onderzoek. Na een korte inleiding waarin het begrip 'lage rugklachten' wordt gedefinieerd, volgt een schets van de gemeente waar mijn praktijk is gevestigd. Ook wordt ingegaan op enkele gegevens betreffende mijn praktijk. De praktijkvoering wordt kort beschreven en in het bijzonder mijn handelwijze bij de patiënt met lage rugklachten.

De retrospectief verkregen gegevens van 380 patiënten met lage rugklachten worden geanalyseerd aan de hand van diverse variabelen. Op de gehanteerde methodiek wordt uitvoerig ingegaan.

In een tijdsbestek van vier jaar - 1 december 1972 tot 1 december 1976 - zag ik jaarlijks ongeveer 5% van al de patiënten van vijftien jaar en ouder voor de eerste keer voor lage rugklachten. Het blijkt dat de huisarts slechts de top van de ijsberg ziet. Er werden iets meer mannen dan vrouwen voor deze klacht onderzocht. De ervaringen met het lange tijd observeren van patiënten met lage rugklachten worden beschreven. Na het eerste contact bezocht meer dan de helft van de patiënten mij of de specialist binnen een jaar niet voor een tweede keer. Slechts een klein deel - 11.3% van de patiëntenpopulatie - zag mij en de eventuele specialist vaak en gedurende een lange periode.

Ingegaan wordt op enkele kenmerken van de 380 bestudeerde patiënten.

Aan de hand van een eigen indelingslijst met acht diagnosegroepen wordt aandacht besteed aan de gestelde diagnoses. Ook de ingestelde therapie is vermeld.

Door een verdeling van de onderzoekpopulatie in drie groepen van 'consultatiegedrag', namelijk de groepen 'kort', 'midden' en 'lang' was het mogelijk, na een statistische bewerking, enkele verschillen en kenmerken van de patiënten uit die groepen te noemen.

Met behulp van een nader beschreven discriminantanalyse wordt aangetoond dat de informatie betreffende een patiënt met lage rugklachten bij een eerste huisartscontact geen gegevens bleek op te leveren die een voorspelling omtrent het verdere ziekteverloop mogelijk maakte.

Er komt naar voren dat de meeste eerste contacten voor lage rugklachten in de herfst werden geregistreerd en de minste in de zomer. 'Ischialgie' was meer seizoensafhankelijk dan 'lumbago'.

De indruk dat de toestand van de patiënt ernstiger was wanneer sprake was van een uitstralende pijn in het verloop van de nervus ischiadicus, kon worden bevestigd.

Na een algemene beschouwing over röntgendiagnostiek bij lage rugklachten, worden de bevindingen op de door mij aangevraagde röntgenfoto's van de wervelkolom aan een nauwkeurige analyse onderworpen. Na de bestudering van 52 röntgenologische verslagen is de conclusie dat er bij vrijwel alle foto's één of meer afwijkingen van de norm werden beschreven en dat er geen samenhang bleek te bestaan tussen het 'consultatiegedrag' van de patiënt en de bevindingen op de röntgenfoto.

In totaal werden in vijf jaar 52 van de 380 patiënten voor de eerste keer verwezen naar een specialist; dit kwam neer op gemiddeld 2.7% van de patiënten per jaar. Meer dan de helft van de verwezenen werd gezien door een orthopaedisch chirurg. Aan de hand van enkele ziektegeschiedenissen is het verwijzingsproces aan een nadere beschouwing onderworpen. Globaal bleek in vijf jaar tijd één op de zeven patiënten te zijn verwezen, één op de 35 te zijn opgenomen in een ziekenhuis en één op de 55 te zijn geopereerd. De diagnose hernia nuclei pulposi werd vooral in het vierde decennium van het leven gesteld en wel bij negen patiënten. Een typisch ziektebeloop resulterend in het beeld van een hernia was niet aantoonbaar. Verder bood een operatie geen garantie dat de rugklachten zouden verdwijnen. Ook zonder operatie was een 'spontaan' verdwijnen van de rugklachten mogelijk. Eén en ander wordt door casuïstiek geïllustreerd.

Op de problematiek van de afkeuring in het algemeen en bij rugklachten in het bijzonder wordt uitvoerig ingegaan. Van alle patiënten in dit retrospectieve deel van het onderzoek werd bijna 3% volledig of gedeeltelijk 'op de rug' afgekeurd. Enkele kenmerken van deze groep mensen worden genoemd.

Na een algemene beschouwing over de communicatie tussen huisarts en specialist, wordt beschreven hoe aan de hand van enkele beoordelingscriteria is nagegaan hoe de briefwisseling tussen mij en de specialisten was verlopen bij patiënten die voor hun lage rugklachten werden verwezen. Met name werd beoordeeld of de brieven aan bepaalde eisen voldeden en of er sprake was van een

goede of slechte correspondentie. Het bleek dat de kwaliteit van de verwijsbrief een duidelijke invloed had op de kwaliteit van de antwoordbrief. Dit onderstreept het belang van het schrijven van goede brieven door de huisarts. Aan de hand van enkele verwijs- en antwoordbrieven worden voorbeelden gegeven van goede en slechte correspondentie. Als afsluiting volgen dan nog enkele suggesties voor verbetering van de schriftelijke communicatie tussen huisarts en specialist bij patiënten met lage rugklachten.

Er wordt ingegaan op de meningen van de patiënt en van zijn directe leefomgeving over de oorzaak van de lage rugklachten. Antwoord werd verkregen door de 43 patiënten uit de groep 'lang' en hun familieleden te interviewen. De bestudering van de interviewverslagen, waarvan voorbeelden zijn gegeven, maakte duidelijk dat verreweg de meeste ondervraagden een eigen mening hadden over de oorzaak van de klachten.

Getoond is hoe verschillend door iedereen werd gedacht. Ingegaan wordt op de consequentie hiervan voor het handelen van de arts. Het lijkt van belang bij de meer langdurige gevallen de mening van de patiënt en zijn familie te weten en deze kennis te incorporeren in het totale behandelingsplan. Op die manier kan getracht worden een bijdrage van de patiënt aan het genezingsproces te verkrijgen; een meer gerichte en meer doeltreffende behandeling lijkt daardoor tot de mogelijkheden te behoren.

Tenslotte wordt verslag gedaan van een prospectief onderzoek bij 100 patiënten met lage rugklachten. De toepasbaarheid van enkele bestaande classificatieschema's van lage rugklachten in de huisartspraktijk werd nagegaan. Na een korte beschouwing over het classificeren van klachten en ziekten in de algemene praktijk, in het bijzonder van rugklachten, kan een indruk worden gegeven welke pathologie de huisarts zoal krijgt aangeboden.

Geen enkel schema voldeed aan de eisen dat de classificatie relevant moet zijn voor de huisartspraktijk, dat de indeling moet leiden tot reproduceerbare conclusies en gemakkelijk interpreteerbaar moet zijn voor anderen.

Een nieuwe indeling van lage rugklachten, bruikbaar in de huisartspraktijk, wordt voorgesteld.

SUMMARY

A study was carried out into low-back complaints in patients in my general practice. The purpose of this study was to add to our understanding of the phenomenon of the 'low-back complaint', that besides medical aspects, also has important psychosocial and socio-economic aspects.

It is especially the general practitioner, of all doctors, who is most frequently involved in the treatment of these patients and, who should be in a position to give his view of this frequently occurring complaint because of his longstanding contact with his patients and the knowledge he has of their personal circumstances. Moreover, he is the only clinician who has the opportunity to closely follow his patients up over a long period.

An answer is given to some of the questions posed in connection with the formulation of this investigation by studying the statistical material obtained from the retrospective data on patients seen with low-back complaints during the period 1972-1977 and which were acquired by interviewing several patients and their families and by a prospective study of a group of patients which was seen in 1981.

In the introduction the reason why low-back complaints was chosen as a subject for this study is explained. There were three reasons given - the feelings of powerlessness frequently experienced in the relationship with patients suffering from these complaints, the frequency in the occurrence of this complaint and the fact that there has been relatively little written about back complaints by general practitioners.

In chapter 1 attention is given to some historical aspects regarding low-back complaints. It appears that the complaint of low-back pain is as old as the human race itself and due to a change in insight into this condition in medical science, the attitude towards low-back pain has also changed. Several of the more than 2000 year old treatment regimens have still retained their value even up to the present day.

Chapter 2 shows how the word 'back' is frequently used in the Dutch language and is used quite often in common expressions and is the reason why the word is used as a symbol in many idiomatic phrases.

In chapter 3 a general survey is presented of the anatomy of the lumbosacral region in which only the knowledge required to arrive at an accurate assessment of the complaint is given and which is relevant to general practice.

In chapter 4.1 taking a medical history and examining the patient in general practice is described, based upon a scheme for the examination. Apart from the attention given to the psychosocial aspects of patients suffering from low-back pain, the importance of a good clinical examination is emphasised. A warning is given concerning the one-sided somatic or psychological approach to this complaint. In chapter 4.2 the differential diagnosis is discussed. By presenting a classification of the aetiology and the various clinical appearances, attention is given to conditions that are relevant to the general practitioner. The symptomatology and clinical findings in several of these conditions are presented and are based on the physical examination of the patient.

In chapter 4.3 the therapeutic possibilities which are available to the general practitioner are reviewed.

Chapter 5 deals with the phenomenon of low-back complaints on a more quantitative basis. The frequent occurrence of this type of complaint in the population is pointed out. In general practice it also appears that this complaint is often the reason for a consultation. The important socio-economic consequences of this complaints are discussed.

In chapter 6 various investigations carried out by other general practitioners are reviewed. It is not possible to arrive at any obvious conclusions because of the great diversity encountered in the formulation of the problems in these projects and the great differences in the methodology used. A limited description is also given of the information obtained from each individual investigation.

In chapter 7 an account is given of the period early on at the beginning of this investigation. The initial errors made in this period are admitted and critically reviewed.

In chapter 8 the results of the actual investigation are presented. After a short introduction, in which the term 'low-back complaints' is defined, an outline is given of the community in which I practise. Some information regarding my practice is also presented. The way in which the practice is organised and carried out is described and, in particular, the way in which patients with low-back complaints are managed.

The data obtained retrospectively from 380 patients suffering from low-back complaints are analysed using different variables. The methodology used is discussed in depth.

In the period of four years between December 1 st, 1972, and December 1 st, 1976, each year about 5% of all the patients who were fifteen years of age or older, presented with low-back complaints for the first time. It appears that the general practitioner only sees the top of the iceberg! Slightly more men than women with this complaint were examined. The experiences gained during long-term observations of patients with low-back symptoms are described. After the first visit and within the first year following the initial contact, over half of the patients did not return for a second examination either by myself or by the specialist. Only a small proportion - 11.3% of the patient population - was seen by myself or the specialist during a long period of follow-up.

Some of the characteristics of the 380 patients used in this study are described.

A classification list developed by the author, in which eight groups of diagnoses are defined, was used to emphasise the proposed diagnoses. The treatment regimens are also presented.

By division of the population involved in this project into three groups based upon behaviour on consultation, namely - 'short', 'middle' and 'long' - it was possible to show some differences and characteristics of the patients from these groups, after analysis of the statistical data.

By using a discrimination analysis, which is described, it is shown that the information obtained about a patient with low-back com-

plaints, who visits the general practitioner for the first time, does not give any information that would enable a prediction to be made regarding the future course of the illness.

It is noticeable that most first contacts for low-back complaints were registered in the autumn and the lowest registration occurred in the summer. 'Sciatica' was more season dependent than 'lumbago'.

The impression gained that the condition of the patient was more serious in cases with radiating pain in the traject of the sciatic nerve could be shown.

After a general presentation of the radiodiagnostic aspects of patients suffering from low-back complaints, the information obtained from the X-rays of the spinal column, which were requested by the author, are subjected to a precise analysis. After studying the 52 X-ray reports it is concluded that in almost all the projections one or more abnormalities were described and that there appeared to be no correlation between the behaviour on consultation and the findings on X-ray.

During the five year period 52 of the 380 patients were referred to a specialist; this is on average 2.7% of the patients seen in each year. More than half of the patients referred were seen by an orthopaedic surgeon. In presenting several medical case-histories the referral process is subjected to an analysis. In the five year period, about one in seven patients was referred, one in 35 was admitted to hospital and one in 55 underwent an operation.

The diagnosis of a 'slipped disc' was particularly seen in the fourth decade of life and this was the case in nine of the patients. A recognisable pattern in the case-histories of these nine patients, that could have led to the diagnosis of a 'slipped disc' was not apparent. Moreover, an operation also gave no guarantee that the back complaints would disappear. A disappearance of the back complaints was also observed even without an operation! These observations are illustrated by clinical case-histories.

The problems associated with declarations of unfitness to work in general, and in particular in patients with back complaints, are discussed in depth. Approximately 3% of all patients involved in the retrospective part of this investigation were completely or partially declared unfit for work as a direct result of the back complaints. Several of the characteristics in this group of people are mentioned.

After a general consideration regarding communication between the general practitioner and the specialist, a description is given of the way in which the exchange of correspondence progressed between the specialist and the author in patients who were referred, and which was based on several defined criteria used for the assessment of patients with low-back complaints. In particular the letters were judged as to whether they satisfied certain conditions and this correspondence was considered to be 'good' or 'poor'. It appeared that the quality of the referral letter had a definite influence on the quality of the reply from the specialist. The importance of a good referral letter from the general practitioner is emphasised. By describing several letters to and from the specialist, examples of good and poor correspondence are given. In conclusion, several suggestions are given in this chapter for improving the quality of the correspondence between the general practitioner and the specialist in patients with low-back complaints.

Consideration is also given to the opinions expressed by the patients and relatives with regard to the cause of low-back complaints. Information was obtained by interviewing the 43 patients from the 'long' group and their relatives. By studying the interview reports, of which examples are presented, it is clear that the vast majority of those interviewed had their own opinion as to the cause of low-back complaints. It was shown just how differently each individual thinks about the problem. The consequences of this for the general practitioner in treating the patient is discussed. It appears to be of importance in the long-standing cases to take into account the opinions of the patient and his family and to incorporate these in the total plan for treatment of the individual patient. In such a way a contribution from the patient can be obtained in the healing process; a more direct and purposeful treatment therefore becomes a possibility.

Finally, a report is presented of a prospective investigation into one hundred patients with low-back complaints. The applicability of several of the existing classification schemes of low-back complaints to general practice are considered. After a short discussion about the classification of complaints and illness encountered in

general practice, with particular regard to low-back symptoms, an impression is given of the type of pathology that is seen by the general practitioner.

No single scheme satisfied all the requirements that are relevant to general practice where the classification must lead to reproducible conclusions and must be interpretable to others.

A new classification of low-back complaints applicable to general practice is suggested.

LITERATUUR

- ACKERKNECHT, E.H. (1957) Rudolf Virchow. Arzt, Politiker, Anthropologe. F. Enke, Stuttgart
- ADAMS, R.D. en M. VICTOR (1977) Principles of neurology. McGraw-Hill Book Company, New York
- AHLGREN, S.A. en T. HANSEN (1978) The use of lumbosacral corsets prescribed for low back pain. *Prosthetics and Orthotics Int.* 2, 101
- ANDERSON, J.A.D. (1976) Back pain in industry. In: M. Jayson (ed.), *The lumbar spine and back pain*. Pitman Medical Publ.Co. Ltd., Londen
- BAKKER, P.D. (1968) Vroege revalidatie van de rug. Herhalingscursus Lendepijn, Boerhaave cursus, Rijksuniversiteit Leiden
- BAKKER, L.F. (1969) Kwakzalverij en onbevoegd uitoefenen der geneeskunst. Academisch Proefschrift, Utrecht
- BARKER, M.E. (1977) Pain in the back and leg: A general practice survey. *Rheumatol. Rehabil.* 16, 37
- BEALS, R.K. en N.W. HICKMAN (1972) Industrial injuries of the back and extremities. *J. Bone Joint Surg.* 54 A: 8, 1593
- BEARD, G.M. (1885) Die sexuelle Neurasthenie. Toeplitz en Deuticke, Wenen
- BEGEER, J.H. (1980) Spina bifida occulta. In: M.J. Meihuizen-De Regt (ed.), *Spina bifida-een multidisciplinaire benadering*. Stafleu, Alphen aan den Rijn
- BEKS, J.W.F. (1969) De neurochirurgische aspecten van de lage rugpijn. Een voordracht gehouden tijdens de Studiedagen voor Sociale Verzekeringsgeneeskunde; een uitgave van het GAK, Amsterdam
- BELART, W. (1978) Über die Verläufe der Lumbalgien und Ischialgien. Eine Langzeitstudie. *Praxis* 67, 693
- BENN, R.T. en P.H.N. WOOD (1975) Pain in the back: An attempt to estimate the size of the problem. *Rheumatol. Rehabil.* 14, 121
- BERGOUIGNAN, M. (1961) La neurose lombalgique. *Rev. Chir. Orthop.* 6, 667
- BERGQUIST-ULLMAN, M. en U. LARSSON (1977) Acute low back pain in industry: a controlled prospective study with special reference to therapy and confounding factors. *Acta Orthop. Scand. Suppl.* 170
- BEROEPENKLAPPER. Een indeling naar sociale lagen. Instituut voor Toegepaste Sociologie, Nijmegen
- BESLUIT PARAMEDISCHE HULP EN LOGOPEDIE ZIEKENFONDSVERZEKERING (1974) *Staatscourant* 65
- BEWEEG U BETER (1978) Een folder gedistribueerd door ACF Chemiefarma NV, Maarssen
- BEYLEVELT, A. en M.L. JANSEN (1978) Berichtgeving van de arts. Een onderzoek naar de communicatie, met name de correspondentie tussen huisartsen en specialisten. Verslag van een studie verricht in het kader van een keuzepracticum, Leiden/Noordwijk
- BIERKENS, P.B. (1967) Psychologische aspecten bij patiënten met lage rugpijn. *Ned. T. Geneesk.* 111, 1637
- BIERKENS, P.B. (1972) Woord en communicatie. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen
- BLAIR, D.P.H. (1963) The evaluation and management of backache in general practice. *J. Coll. gen. Practit.* 6, 355

- BLÉCOURT, J.J. de (1970) Pijn in rug en benen gezien door een reumatologische bril. huisarts en wetenschap 13, 65
- BLOKZIJL, E.J. (1979) Pijn laag in de rug en in de benen. Voordracht Breedenburg-cursus, Warffum
- BOEREMA, I. (1931) Kyphosis adolescentium. Ned. T. Geneesk. 79, 868
- BOERSMA, W. (1979) Enorme toename aantal 'arbeidsongeschikten'. Verzekeringsgeneeskundigen beducht voor de 'schuldvraag'. Med. Contact 23, 746
- BRAND, H.J. (1974) Huisartsen en specialisten in gesprek over samenwerking. Med. Contact 29, 1035
- BREMER, G.J. (1960) Het 'masker-symptoom'. huisarts en wetenschap 3, 143
- BREMER, G.J. (1964) Het verwijzen in de huisartspraktijk. Academisch Proefschrift, Utrecht
- BREMER, G.J. (1972) Over diagnose, huisartsdiagnostiek en diagnostiek in het eerste echelon. huisarts en wetenschap 15, 1
- BREMER, G.J. (1974) Huisarts en specialist. In: G.J. Bremer, J.C. van Es en A. Hofmans (eds.), Inleiding tot de huisartsgeneeskunde. Stenfert Kroese, Leiden
- BREMER, G.J. (1980a) Over het gebruik van de huisartsen-anamneselijst bij vage, onduidelijke klachten. huisarts en wetenschap 23, 53
- BREMER, G.J. (1980b) Klagen. Over KLAGEN in het bijzonder het klagen bij de dokter. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij, Alphen aan den Rijn
- BREMER, G.J. (1981) Een methode van zelftoetsing. Controle op de eigen diagnose. Med. Contact 29, 873
- BREMER, G.J. en W. BROUWER (1969) Ontwerp en toepassing van een huisartsen-anamneselijst. huisarts en wetenschap 12, 321
- BREMER, G.J. en H.J.W. BRINKMAN (1973) De verwijsbrief: open meegeven. huisarts en wetenschap 16, 148
- BREMER, G.J., M. ENGELS, K. van der MEER en C.S.M. WACHTERS-KAUFMANN (1981) Mislukt onderzoek, te voorkomen? huisarts en wetenschap 24, 4
- BROUWER, W. (1962) Ervaringen met psychosociaal-anamnestic onderzoek als diagnostisch hulpmiddel in een huisartspraktijk. Academisch Proefschrift, Groningen
- BROUWER, W. en J.H. DIJKHUIS (1967) Praten met patiënten. Erven Bijleveld, Utrecht
- BROUWER, W. en F. TOUW-OTTEN (1974) Van klacht tot klagen; een analyse van de premedische periode. huisarts en wetenschap 17, 3
- BROWN, Th., J.C. NEMIAH, J.S. BARR en H. BARRY (1954) Psychologic factors in low back pain. New Engl. J. Med. 251, 123
- BRUINS, C.P. (1974) Ondergrondse communicatieproblemen. Med. Contact 29, 937
- BUDDINGH, C. (1967) Citaten- omnibus. Spectrum, Utrecht
- BURGER, J.D. (1977) Hoe men een scoliose op het spreekuur opspoort. Commentaar van een specialist. Patient Care maart, 4
- BUYTEN, N.T., R. van der HOOGEN, A.E. MONTENY, H.O. in 't VELD en H. LAMBERTS (1977) Fysiotherapie: vierde in eerstelijns kwartet. Verslag over een jaar fysiotherapie in het wijkgezondheidscentrum Ommoord. huisarts en wetenschap 20, 237
- BUYTENDIJK, F.J.J. (1943) Over de pijn. Het Spectrum, Utrecht
- BUYTENDIJK, F.J.J. (1975) Doorleefde pijn. Ambo, Bilthoven
- CAILLIET, R. (1968) Low Back Pain Syndrome. F.A. Davis Company, Philadelphia
- CALSYN, D.A., J. LOUKS en C.W. FREEMAN (1976) The use of the MMPI with chronic low back pain patients with a mixed diagnosis. J. Clin. Psychol. 32, 532

- CALSYN, D.A., D.M. SPENGLER en C.W. FREEMAN (1977) Application of the somatization factor of the MMPI-168 with low back pain patients. *J. Clin. Psychol.* 33, 1017
- CATS, A. (1967) Reumatische aandoeningen van de rug. *Ned. T. Geneesk.* 111, 1634
- CENTRAAL BUREAU voor de STATISTIEK (1980) Gegevens bevolking Roden, Drenthe en Nederland
- CHAFFIN, D.B. (1974) Human strength capability and low back pain. *J. occup. Med.* 16, 248
- CHAPCHAL, G. (1962) Handleiding bij het Orthopaedisch Onderzoek. Erven J. Bijleveld, Utrecht
- CHARNLEY, J. (1951) Orthopedic signs in the diagnosis of the disc protusion. With special reference to the straight-leg raising test. *Lancet* 1, 186
- CHERTOK, L., O. BOURGUIGNON en L. VELLUET (1974) The general practitioner and the patient with backache. *Int. J. Psychiatry Med.* 5, 243
- CODERING van RÖNTGENOLOGISCHE BEVINDINGEN (november 1973) 30. Wervelkolom, myelum. *Ned. Ver. Radiologie*, Utrecht
- CODEX MEDICUS (1971) L.B.W. Jongkees en J. Vandenbroucke, eds. Agon-Elsevier, Amsterdam/Brussel
- COHEN, H. (1943) Nature, methods and purpose of diagnosis (Skinner lecture, abridged). *Lancet* 1, 23
- COLLETTE, J. en E.G. LUDWIG (1968) Low back disorders: An examination of a stereotype index. *Industr. Med. Surg.* 37, 685
- CONDRAU, G. (1965) Psychosomatik der Frauenheilkunde. Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE NIJMEGEN (1971-1977) Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. In: J.C. van Es (1980), Patiënt en huisarts. Een leerboek huisartsgeneeskunde (pagina 377). Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht; In: A.P. Oliemans (1979), Lage rugpijn in de huisartsenpraktijk. Symposium Proceedings: De patiënt met lage rugklachten. Den Haag
- CREARY, Mc.C., J. TURNER en E. DAWSON (1977) Differences between functional versus organic low back pain patients. *Pain* 4, 73
- CROMBIE, D.L. (1963) Diagnostic process. *J. Coll. gen. Practit.* 6, 579
- CURTIS, P. (1977) Low back pain in the primary care setting. *J. Fam. Pract.* 4, 381
- CYRIAX, J. (1947) Rheumatism and soft tissue injuries. Baillière, Tindall en Cassell, Londen
- CYRIAX, J. (1969) Textbook of orthopaedic medicine. Vijfde uitgave. Baillière, Tindall en Cassell, Londen
- DALE, van (1970) Groot Woordenboek der Nederlandse Taal. Martinus Nijhoff, Den Haag
- DEE, S.P. en J. SCHONEVELD, eds. (1971) Concordantie op het Oude en Nieuwe Testament in de nieuwe vertaling van het Nederlandsch Bijbelgenootschap. Bosch en Keuning, Baarn
- DIJK, P.A. van (1976) Geneeswijzen in Nederland (compendium voor de niet-universitaire geneeskunde). Ankh Hermes, Deventer
- DIJK, P.A. van (1977) Over de omvang van de niet-universitaire geneeskunde in Nederland. *Ned. T. Geneesk.* 121, 719
- DILLANE, J.B., J. FRY en G. KALTON (1966) Acute back syndrome- A study from general practice. *Br. Med. J.* 2, 82

- DIRKEN, J.M. (1969) Arbeid en stress. Het vaststellen van aanpassingsproblemen in werksituaties. Wolters- Noordhoff, Groningen
- DOELEMEN, F. (1957) Enkele gedachten over meningsvorming en wetenschappelijk onderzoek. huisarts en wetenschap 2, 21
- DOELEMEN, H. (1973) De rugpijnpatiënt en de sociale verzekering. In: M.J. Kingma, A. Verjaal en J.A. Weijel (eds.), Rugpijn. De Erven Bohn, Amsterdam
- DOES, E. van der (1975) Scheiding van behandeling en controle: een achterhaalde zaak? Med. Contact 30, 83
- DOES, E. van der (1979) Huisarts en epidemioloog. In: Holland naar de horizon. Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht
- DOKTER, H.J. en N.A.J. VOORHOEVE (1962) De irritatie van de dokter als signaal. huisarts en wetenschap 5, 280
- DORPAT, Th.L. en Th. H. HOLMES (1962) Backache of muscle tension origin. In: W.G. Kroger (ed.), Psychosomatic obstetrics, gynaecology and endocrinology. Thomas, Springfield
- DOSSETOR, A.E. (1975) Management of backache in general practice. Br. Med. J. 4, 32
- EDENS, R. (1977) Verwijsbrieven getoetst. Een onderzoek naar 41 verwijsbrieven van huisartsen van de Philips Medische Dienst te Eindhoven aan de revalidatiearts van deze dienst. Med. Contact 32, 311
- EEFTINCK SCHATTENKERK, J.C.P. (1969) De patiënt met lage rugpijn. Voor- dracht Studiedagen voor Sociale Verzekeringsgeneeskunde, Lunteren
- EEFTINCK SCHATTENKERK, J.C.P. en H.B. GERRITS (1971) Ziekteverzuim bij verzekerden met lage rugklachten. In: Volksgezondheid in ontwikkeling; Liber Amicorum ter gelegenheid van de 70e verjaardag van Prof. Dr. Muntendam. Van Gorcum en Comp - H.J. Prakke en H.G.M. Prakke, Assen
- EIMERL, T.S. (1960) The keeping of records in general practice. J. Coll. gen. Practit. 3, 411
- ES, J.C. van (1967) Probleempatiënten. Beschrijving van een samenwerking van huis- arts en maatschappelijk werker. Van Gorcum en Comp-Prakke, Assen
- ES, J.C. van (1974) Methoden van de huisarts. In: Patiënt en huisarts. Een leerboek huisartsgeneeskunde. Oosthoek, Scheltema en Holkema, Utrecht
- ES, J.C. van, en H.R. PIJLMAN (1970) Het verwijzen van ziekenfondspatiënten in 122 Nederlandse huisartspraktijken. huisarts en wetenschap 13, 433
- FEIGHTNER, J.W., H.S. BARROWS, V.R. NEUFELD en G.R. NORMAN (1977) Solving problems, how does the family physician do it? Can. Fam. Phys. 23, 457
- FESTEN, H. (1958) Samenwerking tussen huisarts en specialist. 'Ons Ziekenhuis' 20, 370
- FINNESON, B.E. (1978) A lumbar disc surgery predictive score card. Spine 3, 2, 186
- FISK, J.W. (1970) Backache in general practice. J.R. Coll. Gen. Pract. 19, 92
- FISK, J.W. (1971) Manipulation in general practice. NZ Med. J. 74, 172
- FOLMER, H.R. (1968) Huisarts en ijsberg. Een onderzoek naar het vóórkomen van lichamelijke klachten, de vraag naar doktershulp en de aangetoonde ziekten bij de bewoners van een kustdistrict in Noord-Noorwegen. Academisch Proefschrift, Utrecht
- FORDYCE, W.E., R.S. FOWLER en B. DELATEUR (1968) An application of behaviour modification technique to a problem of chronic pain. Behav. Res. Ther. 6, 105

- FORREST, A.J. en S.N. WOLKIND (1974) Masked depression in men with low back pain. *Rheumatol. Rehabil.* 13, 148
- FRANCILLON, M.R. (1959) Isolierte Bogen- und Gelenkfrakturen der Lendenwirbelsäule. *Verh. dtsch. orthop. Gesellsch.* 47, 321
- FREEMAN, C., D. CALSYN en J. LOUKS (1976) The use of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory with low back pain patients. *J. Clin. Psychol.* 32, 294
- FRY, J. (1975) On the natural history of some common diseases. *J. Fam. Pract.* 2, 327
- FUCHS, R. (1896) Hippokrates, sämtliche Werke. Zweiter Band. H. Lindeburg, München
- FYSIOTHERAPEUTENBESLUIT (1977) Besluit van 1 juli 1977 tot vaststelling van nieuwe regelen inzake het beroep van fysiotherapeut. *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden*, pagina 431
- GEISER, M. (1972) Rückenuntersuchungen in einer Infanterie-Rekrutenschule. *Schweiz. Med. Wochenschr.* 37, 1301
- GEMEENTELIJKE DOCUMENTATIE RODEN (1975) Gegevens betreffende de bevolking van de gemeente Roden
- GENTRY, W.D., W.D. SHOWS en M. THOMAS (1974) Chronic low back pain: a psychological profile. *Psychosomatics* 15, 174
- GERRITSEN, B.J. (1979) Aspecten van de kinesiologie van de wervelkolom. *T.soc. Geneesk.* 57, 707
- GESTEL, A.P.M. van (1971) Fysiotherapie in de huisartspraktijk. *huisarts en wetenschap* 14, 270
- GEUNS, H. van (1978) Urinary Tract Calculi. A population survey in a Dutch community (Hasselt) on the occurrence and consequences of 'silent stone' disease. *Academisch Proefschrift, Groningen*
- GIEL, A. (1972) Psychiatrie in de praktijk van de huisarts. *huisarts en wetenschap* 15, 203
- GILCHRIST, I.C. (1976) Psychiatric and social factors related to low back-pain in general practice. *Rheumatol. Rehabil.* 15, 101
- GISOLF A., ed. (1978) *Spreekuur thuis: Rugklachten*. Elsevier, Amsterdam/Brussel
- GISOLF, A. (1980) *Artsenij. Een informatief televisie-programma*
- GOLDTHWAIT, J.E. (1911) The lumbosacral articulation. An explanation of many cases of 'lumbago', 'sciatica' and paraplegia. *Boston med. surg. J.* 164, 365
- GOTTLIEB, H., L. STRITE, R. KOLLER, A. MADORSKY, V. HOCKERSMITH, M. KLEEMAN en J. WAGNER (1977) Comprehensive rehabilitation of patients having chronic low back pain. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 58, 101
- GRECO, R.S. (1966) *One man's practice*. Lippincott, Philadelphia
- GREENHILL, J.P. (1960) Backache. In: J.P. Greenhill (ed.), *Obstetrics*. W.B. Saunders Company, Philadelphia/Londen
- GROEN, J.J. (1973) Psychosomatische aspecten van rugpijn in de interne geneeskunde. In: M.J. Kingma, A. Verjaal en J.A. Weijel (eds.), *Rugpijn. De Erven Bohn*, Amsterdam
- GROEN, J.J. (1979) Het syndroom van de onbehandelbare pijn. *Ned. T. Geneesk.* 123, 374
- GROL, R., J. van EIJK, F. HUYGEN, G. van MIERLO, H. MOKKINK en A. SMITS (1978) Preventie van somatische fixatie- IV. Een signaleringssysteem. *huisarts en wetenschap* 21, 406
- GROL, R. (ed.) e.a. (1981) *Huisarts en somatische fixatie. Theorie en praktijk van de preventie van somatische fixatie*. Uitgave van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

- HAANEN, H.C.M., B. HERMAN en H.A. VALKENBURG (1977) Lage rugklachten in een open bevolking in relatie tot psychosomatische klachten en karakterstructuur. Epidemiologisch Preventief Onderzoek Zoetermeer, 4e Voortgangverslag, Erasmus Universiteit, Rotterdam
- HAMILTON, W.J., J.D. BOYD en H.W. MOSSMAN (1962) Human Embryology, prenatal development of form and function. W. Heffer en Sons Limited, Cambridge
- HANVIK, C.J. (1951) MMPI profiles in patients with low-back pain. J. cons. Psychol. 15, 350
- HARREBOMÉE, P.J. (1856) Spreekwoordenboek der Nederlandsche Taal of verzameling van Nederlandsche Spreekwoorden en Spreekwoordelijke Uitdrukkingen van vroegeren en lateren tijd. Een facsimile. Van Hoeve, Amsterdam (uitgegeven in 1980). Oorspronkelijke uitgever: Kemink en Zoon, Utrecht
- HARRY FAHRNI, W. (1975) Conservative treatment of lumbar disc degeneration: Our primary responsibility. Orthop. Clin. North Am. 6, 93
- HATHAWAY, S.R. en J.C. MCKINLEY (1941) Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Psychological Corporation, New York
- HEIDE, R.M. van der (1959) Resultaten van een geneeskundig onderzoek van 3091 gezonde mannen en vrouwen, 40-65 jaar oud. Academisch Proefschrift, Amsterdam
- HELANDER, E. (1973) Ryggbesvär och arbetsoförmåga. Socialmed. T. 50, 398
- HEUSDEN, E.G. van (1953) Rugklachten (I). Ned. T. Geneesk. 97, 1962
- HILVERINK, H.G. (1977) Arbeidsongeschikt of arbeid ongeschikt? In: Arbeidsongeschikt, enkele invalshoeken. Uitgegeven ter gelegenheid van het verschijnen van het tiende jaarverslag van de GMD
- HIRSCH, C. (1965) Efficiency of surgery in low back disorders. J. Bone Joint Surg. 47 A, 5, 991
- HIRSCH, C. (1966) Etiology and pathogenesis of low back pain. Isr. J. Med. Sci. 2,3,362
- HIRSCH, C., B. JONSSON en T. LEWIN (1969) Low-back symptoms in a Swedish female population. Clin. Orthop. 63, 171
- HODGKIN, K. (1978) Towards earlier diagnosis in primary care. Churchill Livingstone, Edinburgh/Londen.
- HOEK, H.J.B. (1972) Rugklachten bij een bedrijfspopulatie. T. soc. Geneesk. 50,354
- HOEK, H.J.B. (1973) De rugpijnpatiënt in het bedrijf. In: M.J. Kingma, A. Verjaal en J.A. Weijel (eds.), Rugpijn. De Erven Bohn, Amsterdam
- HOEK, H.J.B. (1979) Rugpijn; ompaling van het probleemveld. T. soc. Geneesk. 57, 702
- HOLMES, T.H. en H.G. WOLFF (1952) Life situations, emotions and backaches. Psychosom. Med. 14,18
- HORAL, J. (1969) The clinical appearance of low back disorders in the city of Gothenborg, Sweden. Comparisons of incapacitated probands with matched controls. Acta Orthop. Scand. Suppl. 118
- HORDER, J. en E. HORDER (1954) Illness in general practice. Practitioner 173, 885
- HULT, L. (1954) Cervical, dorsal and lumbar spinal syndromes. Acta Orthop. Scand. Suppl. 17
- HUSON, A. (1968) Stabiliteit en beweging betrokken op de wervelkolom. Herhalingscursus Lendepijn, Boerhaave cursus, Rijksuniversiteit Leiden
- HUSON, A. (1970) Stabiliteit en beweging betrokken op de wervelkolom. huisarts en wetenschap 13, 201

- HUYGEN, F.J.A. (1976) Gezinsgeneeskundige colloquia: Een patiënte met lage rugpijn. huisarts en wetenschap 19, 105
- HUYGEN, F.J.A. (1978) Preventie van somatische fixatie I. De geschiedenis van een onderzoekproject. huisarts en wetenschap 21, 363
- HUYGEN, F.J.A. en R.A. de MELKER (1973) Over het verwijzen door de huisarts. Med. Contact 28, 1299
- IKATA, T. (1965) Statistical and dynamic studies of lesions due to overloading on the spine. Shikoku Acta med. 40, 262
- INTERNATIONAL CLASSIFICATION of DISEASES (1977) 1975 edition. WHO, Geneve
- IRNIGER, W. (1971) Beurteilung von Rückenschmerzen in der Allgemeinpraxis. Ther. Umsch. 28, 3
- JAARBOEKJES (1973; 1975; 1977 en 1979) Gemeente Roden.
- JAARVERSLAGEN (1975 en 1978) Gemeenschappelijke Medische Dienst
- JOOSSE, L.A. (1967) Statische klachten in de zwangerschap en insufficiëntie van de bekkengewrichten. In: A.J.M. Holmer (ed.), Leerboek der verloskunde. Van Dishoeck, Holkema en Warendorf, Bussum
- KATE, J.H. ten (1967) De dagelijkse benadering van de patiënt met lage rugpijn. Ned. T. Geneesk. 111, 1630
- KEIM, H.A. (1973) Low Back Pain. Ciba Clin. Symp. 25, 3
- KELLGREN, J.H. (1939) On the distribution of pain from deep somatic structures. Clin. Sci. 4, 35
- KEMP, A. (1953) Diagnostiek en behandeling van de lumbale hernia nuclei pulposi (II). Ned. T. Geneesk. 97, 3116
- KINGMA, M.J. (1970) De ziekte van Scheuermann. Ned. T. Geneesk. 114, 1517
- KINGMA, M.J. (1971) Rugpijn. Ned. T. Geneesk. 115, 1405
- KINGMA, M.J. (1973a) De rugpijnpatiënt bij de orthopaedisch chirurg. In: M.J. Kingma, A. Verjaal en J.A. Weijel (eds.), Rugpijn. De Erven Bohn, Amsterdam
- KINGMA, M.J. (1973b) Scoliose. Ned. T. Geneesk. 117, 325
- KINGMA, M.J. en E.B. DONK (1965) Operatieve behandeling van scoliose. Ned. T. Geneesk. 109, 2285
- KINGMA, M.J., (ed.) e.a. (1977) Nederlands leerboek der orthopedie. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht
- KOEKENBERG, L.J.L. (1971) Lage Rugpijn, een psychosomatisch syndroom. huisarts en wetenschap 14, 265
- KRAMER, W. (1968) Neurologische aspecten van de hernia nuclei pulposi lumbalis. Herhalingscursus Lendepijn, Boerhaave cursus, Rijksuniversiteit Leiden
- KÜHN, C.G. (1833) Claudii Galeni opera omnia. 20 Verzamelde werken, Leipzig
- KUIJFFER, P.J. (1978) Chirurgisch Onderzoek. Spruyt, Van Mantgem en De Does, Leiden
- LAMBERTS, H. (1974) De morbiditeitsanalyse-1972 door de groepspraktijk Ommoord: een nieuwe ordening van ziekte- en probleemgedrag voor de huisartsgeneeskunde (I). huisarts en wetenschap 17, 455
- LAMBERTS, H. (1975a) De morbiditeitsanalyse-1972 door de groepspraktijk Ommoord: een nieuwe ordening van ziekte- en probleemgedrag voor de huisartsgeneeskunde (II). huisarts en wetenschap 18, 7
- LAMBERTS, H. (1975b) De morbiditeitsanalyse-1972 door de groepspraktijk Ommoord: een nieuwe ordening van ziekte- en probleemgedrag voor de huisartsgeneeskunde (III). huisarts en wetenschap 18, 61

- LAMBERTS, H. (1979) Probleemgeoriënteerde registratie. Mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk. *huisarts en wetenschap* 22, 44
- LAMBERTS, H. (1980) Pijnlijke klachten en pijnlijke ziekten. Uitkomsten van huisartsgeneeskundige registratie. In: P.V. Admiraal (ed.), *Pijn en pijnbehandeling. Verhandelingen van een symposium te Montpellier, januari 1980*
- LANDSMEER, J.M.F. (1968) Inleiding tot de anatomie van de lendewervelkolom. Herhalingscursus Lendepijn, Boerhaave cursus, Rijksuniversiteit Leiden
- LANG, J.Y. (1978) La dorsalgie: Les difficultés du diagnostic. *Tome* 107, 406
- LASÈGUE, Ch. (1864) Considérations sur la sciatique. *Arch. gén. Méd.* 2, 558
- LAST, J.M. (1963) The iceberg, completing the clinical picture in general practice. *Lancet* 2, 28
- LAWRENCE, J.S. (1955) Rheumatism in coal miners. Part III. Occupational factors. *Br. J. Ind. Med.* 12, 249
- LAYANI, F., L. DURUPT en J. FARGE (1959) Les algies vertébrales psychosomatiques. *Sem. Hop. Paris* 35, 2688
- LEAVITT, F., D.C. GARRON, W.W. WHISLER en M.B. SHEINKOP (1978) Affective and sensory dimensions of back pain. *Pain* 4, 273
- LECLERCQ, R.M.F.M. (1980) Het functioneren van de huisarts. De poortwachter en zijn schild. *Med. Contact* 31, 939
- LEEUW, J.I. van der (1961) Bespreking van de psychische en somatische problemen bij een patiënt met rugpijn. *huisarts en wetenschap* 4, 165
- LEFFELAAR, E.G. (1968) Bevordering van de samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut. *huisarts en wetenschap* 11, 172
- LEGER, W. (1959) Die Form der Wirbelsäule mit Untersuchungen über Ihre Beziehung zum Becken und der Statik der aufrechten Haltung. *Beilageheft Z. Orthop.* 91, 181
- LESKY, E. (1968) Von Höhlenbären und von der Höhlengicht. *Öst. Ärztztg.* 23, 362
- LEVIT, H.I. (1973) Depression, back pain and hypnosis. *Am. J. Clin. Hypn.* 15, 266
- LIDSTRÖM, A. en M. ZACHRISSON (1973) Ryggbesvär och arbetsoförmåga. Ryggskolan. Ett försök till mer rationell fysikalisk terapi. *Socialmed. T.* 7, 419
- LIEUTAUD, J. (1769) *Précis de médecine pratique*. Derde uitgave, tweede band, pagina 248. Vincent, Parijs
- LINDEBOOM, G.A. (1948) Hippocrates. Het Kompas, Antwerpen; I.J. Veen's Uitgevers Mij, Amsterdam
- LINDEBOOM, G.A. (1961) Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde. Erven Bohn, Haarlem
- LINDEN, A.J. van der (1978) Over de waarde van röntgenonderzoek bij lage rugpijn. *T. soc. Geneesk.* 56, 838
- LODEWICK, L. (1978) Het lichamelijke onderzoek. Een atlas voor de algemene praktijk. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht
- LOGAN, W.P.D. en A.A. CUSHION (1958) Morbidity statistics from general practice. Volume I. Her Majesty's Stationery Office, Londen
- LONG, C.J., D.A. BROWN en J. ENGELBERG (1980) Intervertebral disc surgery. Strategies for patient selection to improve surgical outcome. *J. Neurosurg.* 52, 818
- LUSCHKA, H. (1850) Die Nerven des menschlichen Wirbelkanales. H. Laupp, Tübingen
- LUYENDIJK, W. (1968) Indicatie tot operatieve behandeling van een lumbale, respectievelijk lumbosacrale hernia nucleï pulposi. Herhalingscursus Lendepijn, Boerhaave cursus, Rijksuniversiteit Leiden

- MACKENZIE, J. (1919) *The future of medicine*. Oxford University Press, Londen
- MACNAB, I. (1977) *Backache*. The Williams en Wilkins Co., Baltimore
- MAGORA, A. (1970) Investigation of the relation between low back pain and occupation. *Industr. Med. Surg.* 39, 31
- MAGORA, A. (1975) Investigation of the relation between low back pain and occupation. *Scand. J. Rehabil. Med.* 7, 146
- MARGADANT, S.W.F. (1964) *Twintigduizend citaten*. Leopold, Den Haag
- MARKHAM, J.W. (1951) Surgery of the spinal cord and vertebral column. In: E.A. Walker e.a. (eds.), *A history of neurological surgery*. The Williams en Wilkins Co., Baltimore
- MARTINEZ MARTINEZ, P.F.A. (1980) *Neuro-anatomie. Aanleg en bouw van het centrale zenuwstelsel*. Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, Utrecht
- MARUTA, T., D.W. SWANSON en W.M. SWANSON (1976a) Low back pain patients in a psychiatric population. *Mayo Clin. Proc.* 51, 57
- MARUTA, T., D.W. SWANSON en W.M. SWANSON (1976b) Pain as a psychiatric symptom: comparison between low back pain and depression. *Psychosomatics* 17, 123
- MEILACH, D.Z. (1981) *Rugklachten. Voorkomen-genezen*. Vert. C.J. Overdijk. De Centaur/Omega Boek, Amsterdam
- MELKER, R.A. de (1980) Gebruik diagnostische faciliteiten door de huisarts. *Med. Contact* 23, 699
- MELZACK, R. en P.D. WALL (1962) On the nature of cutaneous sensory mechanisms. *Brain* 85, 331
- MELZACK, R. en P.D. WALL (1965) Pain mechanism- a new theory. *Science* 150, 971
- METZ, W. (1974) De relatie specialist-huisarts. *Med. Contact* 29, 709
- METZ, W. (1975) *Pijn- een teer punt*. G.F. Callenbach, Nijkerk
- MEURS, A.J. van (1968) *Huisarts en lage rugpijn. Herhalingscursus Lendepijn, Boerhaave cursus, Rijksuniversiteit Leiden*
- MEYERS, Th.J. (1967) Industrial backache. *Dis. Nerv. Syst.* 28, 155
- MICHELS, J.J.M. (1968) Samenwerking huisarts-fysiotherapeut. huisarts en wetenschap 11, 169
- MICHELS, J.J.M. (1974) De nabehandeling van patiënten, geopereerd voor een hernia nuclei pulposi. In: J.J.M. Michels, *Over chronisch zieken en bejaarden*. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen
- MILLARD, L. (1975) Clinical evaluation of low back pain. *J. Arkansas Med. Soc.* 71, 309
- MINC, S. (1968) Psychological aspects of backache. *Med. J. Aust.* 1, 964
- MINN, Mc.R.M.H. en R.T. HUTCHINGS (1977) *A colour atlas of human anatomy*. Wolfe, Londen
- MIXTER, W.J. en J.S. BARR (1934) Rupture of the intervertebral disc with involvement of the spinal canal. *New. Engl. J. Med.* 211, 210
- MOLLET, F. (1962) *Etude psychosomatique des lombalgies*. *Lille Med.* 3, 738
- MOLONEY, J.C. (1948) The effort syndrome and low back pain. *J. Nerv. Ment. Dis.* 108, 10
- MOONEY, V. en D. CAIRNS (1978) Management in the patient with chronic low back pain. *Orthop. Clin. North Am.* 9, 543
- MORBIDITY STATISTICS from GENERAL PRACTICE (1974) *Second national study 1970-1971*. Her Majesty's Stationery Office, Londen
- MORSCHER, E. (1969) *Wirbelsäule und Sport bei Jugendlichen*. *Schweiz. Z. Sport-med.* 4, 151

- MULDER, J.D. (1965) Houdingsafwijkingen en misvormingen van de wervelkolom. Ned. T. Geneesk. 109, 87
- MUMENTHALER, M. (1979) Neurologie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- MUMENTHALER, M. en H. SCHLIACK (1973) Läsionen peripherer Nerven. Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- NACHEMSON, A. (1960) Intradiscal pressure. Experimental studies on postmortem material. Munksgaard, Copenhagen
- NACHEMSON, A. (1963) Lumbar discometry. Lumbar intradiscal pressure measurements in vivo. Lancet 1, 1140
- NACHEMSON, A. (1965) The effect of forward leaning on intradiscal pressure. Acta Orthop. Scand. 35, 314
- NACHEMSON, A. (1976) The lumbar spine: An orthopaedic challenge. Spine 1, 1, 59
- NACHEMSON, A. en G. ELFSTRÖM (1970) Intravital dynamic pressure measurements in lumbar discs. Scand. J. Rehabil. Med. Suppl. 1, 1
- NACHEMSON, A. en G.B.J. ANDERSSON (1975) Classification of low back pain. Presented to the International Society for the Study of the Lumbar Spine. Londen
- NAGI, S.Z., L.E. RILEY en L.G. NEWBY (1973) A social epidemiology of back pain in a general population. J. Chronic. Dis. 26, 769
- NAUTA, J. (1980) Enkele fysiologisch-anatomische aspecten van pijn. Voordracht Studium Generale: Pijn en geneesmiddel. Rijksuniversiteit Groningen
- NAYLOR, A. (1976) Intervertebral disc prolapse and degeneration. The biochemical and biophysical approach. Spine 1, 108
- NEUMANN-MANGOLDT, P. (1964) Der Arztbrief. Eine Fibel zum praktischen Gebrauch. Urban en Schwarzenberg, München/Berlijn
- NIELSEN, H.K.L. (1981) Persoonlijke mededeling
- NIEUWSBLAD van het NOORDEN (1980) Miljoen Nederlanders in het jaar 2000 arbeidsongeschikt. De editie van 15 augustus
- NOTERMANS, S.L.H. (1967) Algemene inleiding omtrent begrip en mechanisme van de pijngewaarwording en enkele bestrijdingswijzen. huisarts en wetenschap 10, 133
- NRC-HANDELSBLAD (1979) Uitgaven voor sociale verzekeringen in 1983 92 miljard. Editie 4 oktober
- OLIEMANS, A.P. (1968) Voorkomen van lage rugpijn in de huispraktijk. Herhalingscursus Lendepijn, Boerhaave cursus, Rijksuniversiteit Leiden
- OLIEMANS, A.P. (1969a) Het voorkomen van lage rugpijn. huisarts en wetenschap 12, 132
- OLIEMANS, A.P. (1969b) Morbiditeit in de huisartspraktijk. Academisch Proefschrift, Utrecht
- OLIEMANS, A.P. (1979) Lage rugpijn in de huisartsenpraktijk. Symposium Proceedings: De patiënt met lage rugklachten. 16 en 17 november 1979, Den Haag
- OLIEMANS, A.P. en W. van de VEN (1975) Morbiditeitsanalyse in een solo-huisartspraktijk. huisarts en wetenschap 18, 437
- OOSTERHUIS, H.J.G.H. (1974a) Klinische neurologie. Oosthoek's Uitgeversmaatschappij, Utrecht
- OOSTERHUIS, W.W. (1974b) De communicatieve waarde van correspondentie tussen de huisarts en de specialist. Med. Contact 29, 963
- OOSTERHUIS, W.W. (1978) Nekpijn-rugpijn, 'fight-flight'? huisarts en wetenschap 21, 47

- ORPWOOD PRICE, D.I. (1971) Manipulative methods for treating locomotor pain in general practice. *J.R. Coll. Gen. Pract.* 21, 214
- PARTRIDGE, R.E.H. en J.D.E. KNOX (1969) Rheumatic complaints in general practice. *J.R. Coll. Gen. Pract.* 17, 144
- PATERSON, J.K. (1959) Second opinions. *J. Coll. gen. Practit.* 2, 160
- PAUL, L. (1950) Psychosomatic aspects of low back pain. A review of recent articles. *Psychosom. Med.* 12, 116
- PEDERSEN, O.F. (1975) Back pain and isometric back muscle strength of workers in danish factory. *Scand. J. Rehabil. Med.* 7, 125
- PENN, Wm. en F.H. SOBELS (1975) Stralenerking en stralengevaar. In: A.E. van Voorthuisen (ed.), *Nederlands leerboek der radiodiagnostiek*. Oosthoek, Scheltema en Holkema, Utrecht
- PHILIPSEN, H. (1969) Afwezigheid wegens ziekte. Een onderzoek naar oorzaken van verschillen in ziekteverzuim tussen 83 middelgrote bedrijven. Wolters-Noordhoff, Groningen
- PHILIPSEN, H. (1973) Huisarts en sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Rapport van het Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht
- PHILLIPS, E.L. (1964) Some psychological characteristics associated with orthopaedic complaints. *Orthop. Surg.* 2, 165
- PICHOT, P., J. PERSE, M. LEBEAUX, J. DUREAU, Cl. PEREZ en A. RYCKEWAERT (1972) La personnalité des sujets présentant des douleurs dorsales fonctionnelles. Valeur de l'inventaire MMPI. *Rev. Psychol. appl.* 22, 145
- POST, D. (1980) De huisarts en zijn hoofdpijnpatiënten. Academisch Proefschrift, Amsterdam
- PUIJLAERT, F.W.J. en M.C.I.M. DIERICK (1979) Het raadplegen van de diagnost. Over het gebruik maken van de medisch-technische onderzoeksfaciliteiten in de huisartspraktijk. *huisarts en wetenschap* 22, 192
- QUERIDO, A. (1955) Inleiding tot de integrale geneeskunde. Stenfort Kroese, Leiden
- RANSFORD, A.O., D. CRAINS en V. MOONEY (1976) The pain drawing as an aid to psychologic evaluation of patients with low back pain. *Spine* 1, 128
- RASKIND, R. en S. MEAD (1967) The low back derelict. *South Med. J.* 60, 504
- REGENSBURG, A.C. (1959) Psychiatrisch-psychologische aspecten van rugpijn. *huisarts en wetenschap* 2, 155
- RENS, Th. J.G. van (1977) De wervelkolom. In: M.J. Kingma (ed.), *Nederlands leerboek der orthopedie*. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht
- RITTERHOFF, E. (1975) A symposium on the chronic pain syndrome in problem low back cases. *Psychiatric evaluation and feasibility of psychiatric theory. J. occup. Med.* 17, 656
- ROCKEY, P.H., R.K. TOMPKINS, R.W. WOOD en B.W. WOLCOTT (1978) The usefulness of X-ray examinations in the evaluation of patients with back pain. *J. Fam. Pract.* 7, 455
- RONNEN, J.R. von, en J.L. SELLINK (1975) Onderzoek van het skelet. In: A.E. van Voorthuisen (ed.), *Nederlands leerboek der radiodiagnostiek*. Oosthoek, Scheltema en Holkema, Utrecht
- ROOYMANS, H.G.M. (1977a) Zijn het zenuwen? Over de psychiatrische diagnostiek van lichamelijke klachten. *Universitaire Pers, Leiden*
- ROOYMANS, H.G.M. (1977b) Psychiatrische diagnostiek van onverklaarde lichamelijke klachten. *Tijdschr. voor Psychiatrie* 19, 155

- ROSCAM ABBING, E.W. (1973) Retrospectief onderzoek met behulp van medische archieven, speciaal het huisartskaartsysteem. huisarts en wetenschap 16, 327
- ROSE, H.J. (1975) The lives of patients before presentation with pain in the neck or back. J.R. Coll. Gen. Pract. 25, 771
- ROSLUND, J. (1974) Indications for lumbar disk surgery. Thesis, Karolinska instituter, Stockholm
- ROWE, M.L. (1969) Low back pain in industry. A position paper. J. occup. Med. 11, 161
- RUCKELSHAUSEN, D. (1977) Manuelle Therapie bei Kreuzschmerzen. Munch. Med. Wochenschr. 119, 1257
- RUGGESPRAAK (1979) Een folder: Hoe gebruik ik mijn rug? Gedistribueerd door Roussel Laboratoria, Hoevelaken; uitg.: Van Lindonk, Aarlanderveen
- RUINEN, F.H. (1974) Een onderzoek naar psychosociale invloeden bij langdurige arbeidsongeschiktheid door lage rugklachten. Bureau Wetenschappelijk Onderzoek Gemeenschappelijke Medische Dienst, Amsterdam
- SAN GIORGI, G.M. (1964) De betekenis van het röntgenonderzoek bij lage rugpijn. Ned. T. Geneesk. 108, 850
- SAN GIORGI, G.M. (1967) De patiënt met lage rugpijn. Ned. T. Geneesk. 111, 1628
- SAN GIORGI, G.M. (1970) Validiteit en stoornissen van het locomotore apparaat. In: A. Nap e.a. (eds.), Validiteits-Onderzoek. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij, Leiden
- SARKIN, T.L. (1977) Backache in the Aged. S. Afr. Med. J. 51, 418
- SARNO., J.E. (1974) Psychogenic backache: the missing dimension. J. Fam. Pract. 1, 8
- SCHEDE, F. (1954) Grundlagen der körperlichen Erziehung. Ferdinand Enke Verlage, Stuttgart
- SCHEIDERER, E.G. en D.A. BERNSTEIN (1976) A case of chronic back pain and the 'unilateral' treatment of marital problems. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry 7, 47
- SCHLÖTZ, E.H. en J. CYRIAX (1975) Manipulation. Past and present. William Heinemann Medical Books, Londen
- SCHLEYER-SAUNDERS, E. (1966) Backache in women. John Wright and Sons Ltd., Bristol
- SCHMIDT, A.J.M. (1979) Het ontstaan van chronische pijnklachten; een leertheoretische uitwerking. Psycholoog 14, 165
- SCHMORL, G. en H. JUNGHANN (1968) Die gesunde und die kranke Wirbelsäule in Röntgenbild und Klinik. G. Thieme Verlag, Stuttgart
- SHEEHAN, E. (1977) One thousand orthopaedic cases in general practice in a rural area. Practitioner 218, 580
- SIKKEL, A. (1973) De rugpijnpatiënt bij de gynaecoloog. In: M.J. Kingma, A. Verjaal en J.A. Weijel (eds.), Rugpijn. De Erven Bohn, Amsterdam
- SIMS-WILLIAMS, H., M.I.V. JAYSON, S.M.S. YOUNG, H. BADDELEY en E. COLLINS (1978) Controlled trial of mobilization and manipulation for patients with low back pain in general practice. Br. Med. J. 2, 1338
- SNOO, K. de (1939) Het probleem der menschwording gezien in het licht der vergelijkende verloskunde. De Erven Bohn, Haarlem
- SOLOKOFF, L. (1980) The pathology of osteoarthritis and the role of ageing. In: G. Nuki (ed.), The aetiopathogenesis of osteoarthritis. Pitman Medical Publ. Ltd., Londen
- SOLOMON, A.P. (1949) Low back pain: the psychosomatic viewpoint. Industr. Med. Surg. 18, 7
- SOMERSET MAUGHAM, W. (1915) Of human bondage

- SPALTEHOLZ, W. en R. SPANNER (1959) Handatlas der Anatomie des Menschen (I). Scheltema en Holkema, Amsterdam
- SPANGFORT, E.V. (1972) The lumbar disc herniation. A computer-aided analysis of 2504 operations. *Acta Orthop. Scand. Suppl.* 142
- SPLITHOFF, C.A. (1953) Lumbosacral junction. Roentgenographic comparison of patients with and without backaches. *JAMA* 152, 1610
- STARCK, D. (1975) Embryologie. Ein Lehrbuch auf allgemein biologischer Grundlage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- STERNBACH, R.A., S.R. WOLF, R.W. MURPHY en W.H. AKESON (1973a) Aspects of chronic low back pain. *Psychosomatics* 14, 52
- STERNBACH, R.A., S.R. WOLF, R.W. MURPHY en W.H. AKESON (1973b) Traits of pain patients: The low back 'loser'. *Psychosomatics* 14, 226
- STERNBACH, R.A. en G. TIMMERMANS (1975) Personality changes associated with reduction of pain. *Pain* 1, 177
- STOETT, F.A. (1953) Nederlandse Spreekwoorden en Gezegden. Achtste herziene en vermeerderde druk, bewerkt door C. Kruyskamp. W.J. Thieme en Cie., Zutphen
- STRICKER, H.F.O. (1967) Mechanische, statische en röntgenologische aspecten van de wervelkolom. *Ned. T. Geneesk.* 111, 1643
- STUDIEGROEP ALPHEN AAN DEN RIJN (1965) Onderzoekschema bij lage rugklachten. Persoonlijke mededeling van J. Nooter
- SULLIVAN, J.D. (1955) Psychiatric factors in low back pain. *NY State J. Med.* 55, 227
- SZIRMAI, J.A. (1968) Structuur van de tussenwervelschijf. Herhalingscursus Lendepijn, Boerhaave cursus, Rijksuniversiteit Leiden
- TAILLARD, W. (1957) Les spondylolisthésis. Masson en Cie., Parijs
- TATSUOKA, M.M. (1971) Multivariat Analysis. Wiley, New York
- THOMAS, J.R. en D. LYTLE (1976) Development of a diagnostic checklist for low back pain patients. *J. Clin. Psychol.* 32, 125
- THOMSON, J.F. (1977) De Mensendieck-methode. In: Kompas voor de huisarts, B 7-1, Oosthoek's Uitgeversmaatschappij, Utrecht; De Erven Bohn, Amsterdam
- TIJMSTRA, Tj. en M. BRINKMAN-ENGELS (1978) Sociale wenselijkheid als validiteitsprobleem. *Mens en Maatschappij* 53, 196
- TIMMER, L.M. (1979) Arbeidsongeschiktheidsschatting, een multidisciplinair proces. *T. soc. Geneesk.* 57, 724
- TIMMERMANS, G. en R.A. STERNBACH (1974) Factors of human chronic pain: An analysis of personality and pain reaction variables. *Science* 184, 806
- TORGERSON, W.R. en W.E. DOTTER (1976) Comparative roentgenographic study of the asymptomatic and symptomatic lumbar spine. *J. Bone Joint Surg.* 58 A: 6, 850
- VAILLANT, G.E. en Ch.C.McARTHUR (1972) A thirty-year follow-up of somatic symptoms under emotional stress. In: *Life History Research in Psychopathology*, Vol. II. Uitg. M. Roff, L.N. Robbins en M. Pollack, Minneapolis
- VALKENBURG, H.A. (1980) Reumatische klachten en aandoeningen in een open Nederlandse bevolkingsgroep (4). Deel 2: Lage rugklachten. *Reuma Wereldwijd* 4, 2, 1
- VEEN, W.A. van (1979) ICHPPC-2. huisarts en wetenschap 22, 394
- VELDEN, H.G.M. van der (1973) Een morbiditeitsonderzoek bij huisvrouwen. De aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit. *T. soc. Geneesk.* 51, 90
- VERAART, B.E.E.M.J. (1981) Idiopathische scoliose; herkenning en behandeling bij het opgroeiende kind. *Ned. T. Geneesk.* 125, 1286
- VERBIEST, H. (1950) Primaire stenose van het lumbale wervelkanaal bij volwassenen, een nieuw ziektebeeld. *Ned. T. Geneesk.* 94, 2415

- VERBIEST, H. (1968) Radiculaire versus pseudoradiculaire pijn. Herhalingscursus Lendepijn, Boerhaave cursus, Rijksuniversiteit Leiden
- VERDENIUS, W. (1977) Medicamenteuze pijnbestrijding. In: Kompas voor de huisarts, B 8-1, Oosthoek's Uitgeversmaatschappij, Utrecht; De Erven Bohn, Amsterdam
- VERJAAL, A. (1970) Weten wat men niet weet. Stafleu, Leiden
- VERJAAL, A. (1973) De rugpijnpatiënt bij de neuroloog. In: M.J. Kingma, A. Verjaal en J.A. Weijel (eds.), Rugpijn. De Erven Bohn, Amsterdam
- VETTEN, A.L. de (1972) Over de manuele geneeskunde van de wervelkolom. Symposium: 'Rugklachten in het bedrijf', Coronel laboratorium voor arbeidshygiëne, Universiteit van Amsterdam
- VIAL, J.J. (1972) Fysiotherapie bij rugklachten. Symposium: 'Rugklachten in het bedrijf', Coronel laboratorium voor arbeidshygiëne, Universiteit van Amsterdam
- VIRCHOW, R. (1857) Untersuchungen über die Entwicklung des Schädelgrundes im gesunden und krankhaften Zustände und über den Einfluss derselben auf Schädelform, Gesichtsbildung und Gehirnbau. G. Reimer, Berlijn
- VOLDERE, J. de (1978) Leven zonder rugklachten. Van Gorcum en Comp., Assen; Uitgeverij De Nederlandse Boekhandel, Antwerpen
- VROLIJK, A., M.F. DIJKEMA en G. TIMMERMAN (1972) Gespreksmodellen. Een geprogrammeerde instructie. Samson Uitgeverij, Alphen aan den Rijn/Brussel
- WAGENHÄUSER, F.J. (1969) Die Rheumamorbität. Huber, Bern
- WALFORD, P.A. (1962) Diseases of bones and organs of movement. In: Morbidity Statistics from General Practice, Vol. III, Her Majesty's Stationery Office, Londen
- WALSER, H.H. (1969) Rückenschmerzen in der Geschichte der Medizin. Praxis 6, 183
- WALTERS, A. (1966) Emotion and low back pain. Appl. Ther. 8, 868
- WARD, T., J. KNOWELDEN en W.J.W. SHARRARD (1968) Low Back Pain. J.R. Coll. Gen. Pract. 15, 128
- WEGENER SLEESWIJK, N.A.O. (1961) U en Uw Rug. Uitgeverij De Driehoek, Amsterdam
- WEIJEL, J.A. (1961) Medische Psychologie. Psychologie en psychotherapie voor de huisarts. Erven J. Bijleveld, Utrecht
- WEIJEL, J.A. (1967) De psychische factor bij lage rugpijn. Voordracht voor Nederlandse Orthopaedische Vereniging. Ned. T. Geneesk. 111, 1632
- WEIJEL, J.A. (1968) Psychogene factoren bij rugpijn. Herhalingscursus Lendepijn, Boerhaave cursus, Rijksuniversiteit Leiden
- WEIJEL, J.A. (1969a) Psychosociale aspecten van het lage rugpijnprobleem. Voordracht gehouden tijdens de Studiedagen voor Sociale Verzekeringsgeneeskunde. Uitgave van: Gemeenschappelijk Administratie Kantoor, Amsterdam
- WEIJEL, J.A. (1969b) Psychogene factoren bij rugpijn. huisarts en wetenschap 12, 218
- WEIJEL, J.A. (1971) De mensen hebben geen leven. Bohn, Haarlem
- WEIJEL, J.A. (1972) Lage rugpijn en psychosociale deficiëntie. Symposium: 'Rugklachten in het bedrijf', Coronel laboratorium voor arbeidshygiëne, Universiteit van Amsterdam
- WEIJEL, J.A. (1973) De psychiater en de patiënt met lage rugpijn. In: M.J. Kingma, A. Verjaal en J.A. Weijel (eds.), Rugpijn. De Erven Bohn, Amsterdam
- WELY, P.A. van (1970) Design and disease. Appl. Ergonomics 1, 262
- WELY, P.A. van (1972) Klinische ergonomie; preventie van rugklachten in het bewegingsapparaat. Symposium: 'Rugklachten in het bedrijf', Coronel laboratorium voor arbeidshygiëne, Universiteit van Amsterdam

- WESSELING, H. (1980) Effectiviteit en bijwerkingen van pijnstillers. Voordracht Studium Generale: Pijn en geneesmiddel. Rijksuniversiteit Groningen
- WESTRIN, C.G., C. HIRSCH en B. LINDEGÅRD (1972) The personality of the back patient. Clin. Orthop. 87, 209
- WHITE, A.W.M. (1966) The compensation back. Appl. Ther. 8, 871
- WIELEN, Y. van der (1960) De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg. Academisch Proefschrift, Leiden
- WIESENER, H. (1978) De intercollegiale brief. Hexagon Roche 3, 9
- WILDE, G.J.S. (1963) Neurotische Labiliteit gemeten volgens de Vragenlijstmethode. F. van Rossen, Amsterdam
- WILDE, A.G. de (1973) Anatomie van het ruggebied. Stencil ten behoeve van onderwijs. Laboratorium voor Anatomie en Embryologie, Rijksuniversiteit Groningen
- WILFLING, F.J., H. KLONOFF en P. KOKAN (1973) Psychological, demographic and orthopaedic factors associated with prediction of outcome of spinal fusion. Clin. Orthop. 90, 153
- WILTSE, L.L. en P.D. ROCCHIO (1975) Preoperative psychological tests as predictors of success of chemonucleolysis in the treatment of the low back syndrome. J. Bone Joint Surg. 57 A: 4, 478
- WINKLER PRINS, J. (1966) Huisarts en patiënt. Boom, Meppel
- WOLKIND, S.N. en A.J. FORREST (1972) Low back pain: a psychiatric investigation. Postgrad. Med. J. 48, 76
- WOOD, P.H.N. en C.L. McLEISH (1974) Digest of data on the rheumatic diseases (5). Morbidity in industry and rheumatism in general practice. Statistical appendix. Ann. Rheum. Dis. 33, 93
- WOORDENBOEK der NEDERLANDSCHE TAAL (1916) Achtste deel; eerste stuk: Kr-Lichamelijk. Bewerkt door J. Heinsius. Martinus Nijhoff, 's Gravenhage; A.W. Sijthoff, Leiden
- WOORDENBOEK der NEDERLANDSCHE TAAL (1924) Dertiende deel: Riant-Ruzing. Bewerkt door R. van der Meulen. Martinus Nijhoff, 's Gravenhage; A.W. Sijthoff, Leiden
- WORKING GROUP on BACK PAIN (1979) Report to Secretary of State for Social Services and Secretary of State for Scotland. Department of Health and Social Security. Her Majesty's Stationery Office, Londen
- WULFF, H.R. (1976) Rational diagnosis and treatment. Blackwell Scientific Publications, Oxford/Londen
- WULFF, H.R. (1980) Principes van klinisch denken en handelen. Nederlandse bewerking van A. Querido en J. Lubsen. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht
- YATES, D. en J. JENNER (1980) Lage rugpijn-Welke oorzaak? Mod. Med. 4, 1, 43
- ZIEKENFONDSGEGEVENS BETREFFENDE MIJN PRAKTIJK (1973, 1974, 1975, 1976 en 1977) Ziekenfonds Drenthe-Noord Overijssel, Meppel
- ZUIDEMA, H. (1972) Rugklachten en werkhoudingen; kwantitatief. Symposium: 'Rugklachten in het bedrijf', Coronel laboratorium voor arbeidshygiëne, Universiteit van Amsterdam
- ZUIDEMA, H. (1973) Low Back Pain in Work Shops, Proceedings 9th European Philips Congress on Occupational Medicine, Philips Medical Service, Eindhoven
- ZUIDEMA, H. (1976) Rugbelasting door industriële arbeid. T. soc. Geneesk. 54, 571
- ZUIDEMA, H. (1979) De belasting van de rug door het werk. T. soc. Geneesk. 57, 718
- ZWEEKHORST, W.A. (1979) Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Een gids voor medici en hulpverleners. Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, Utrecht

BIJLAGE

VRAGENLIJST VOOR DE ANALYSE VAN DE PATIËNTEN- GEGEVENS OP DE MEDISCHE WERKKAARTEN

- 1.- Geboortedatum van de patiënt
- 2.- Geslacht van de patiënt
- 3.- Burgerlijke staat van de patiënt
- 4.- Gezinsfase van het gezin waartoe de patiënt behoort

Uitgegaan werd van de gezinssamenstelling zoals die ten tijde van het eerste rugpijn-contact bij mij was.

De indeling in gezinsfasen is gemodificeerd overgenomen uit Van Es (1967). Met name werden enkele leeftijdsgrenzen ingevoerd.

- 5.- Beroepsniveau van het hoofd van het gezin waartoe de patiënt behoort

De indeling van het beroepsniveau ontleenden wij aan de 'Beroepenklapper' die op het Instituut voor Toegepaste Sociologie in Nijmegen wordt gebruikt.

Deze onderverdeling in sociale lagen of beroepsniveaus is als volgt:

- laag 1.-vrije en academische beroepen, directeur grote onderneming, leraren MO, hoge ambtenaren.
- laag 2.-hoge employés, directeurs kleine onderneming, hoofdamttenaren, grote landbouwers en tuinders, middelbare technici.
- laag 3.-grote tot middelgrote oude en nieuwe middenstand, ambtenaren in middenpositie, middelgrote landbouwers en tuinders, middelbare technici.
- laag 4.-kleine oude en nieuwe middenstand, geschoolde arbeiders, kleine landbouwers en tuinders, kantoorbedienden, lage employés, lage ambtenaren.
- laag 5.-geïsoleerde arbeiders, lagere beambten.
- laag 6.-ongetrainde arbeiders.

- 6.- De consult-ratio van het gezin waartoe de patiënt behoort

Onder 'consult-ratio' verstaan we het gemiddeld aantal contacten tussen de huisarts en de gezinsleden per jaar. Ook de contacten voor de rugklachten werden meegerekend. Deze berekening ging alleen over de registratieperiode van het onderzoek (1 december 1972 -1 december 1977). Uitgegaan werd steeds van een eerste consult/visite van één van de leden van het gezin op of na 1 december 1972.

In eerste instantie werd van ieder gezinslid afzonderlijk een consult-ratoberekening per jaar gemaakt tot op één decimaal nauwkeurig. Daarna werd het totaal van deze consult-ratio's gedeeld door het aantal gezinsleden waardoor een gemiddelde ontstond voor het hele gezin. De verkregen getallen werden afgerond.

Zogenaamde 'pilconsulten' en 'zwangerschapsconsulten', telefonische contacten, afgegeven recepten en door de assistente verrichte laboratoriumwerkzaamheden werden niet meegerekend. Eén of meer injecties, die gegeven werden voor één bepaalde klacht of aandoening, werden als één contact meegeteld.

7.- Zijn er binnen het gezin van de patiënt meer mensen die mij voor lage rugklachten consulteerden voor of op hetzelfde moment dat deze patiënt mij de eerste keer om advies vroeg?

8.- Datum van het eerste contact

Indien bleek dat het eerste contact met mij een vervolg was op een contact voor rugklachten bij de vorige huisarts, werd dit contact niet meegerekend.

Aangezien op de werkkaarten niet vermeld stond of het een consult of een huisvisite betrof, moet steeds in het vervolg onder contact een consult of een visite worden verstaan. Telefonisch gegeven adviezen en het afgeven van recepten werden niet als contacten beschouwd.

9.- Datum van het laatste contact

Behalve een contact met mij kan het hier ook een contact met de specialist betreffen.

10.- Datum waarop het gezin waartoe de patiënt behoort, in mijn praktijk kwam

11.- Het aantal arts-patiëntcontacten voor de lage rugklachten in de 'aaneengesloten periode'

De specialistencontacten werden alleen meegeteld indien de verwijzing door mij was geïnitieerd. Ook als de patiënt voor zijn rugklachten van de ene specialist naar de andere werd doorverwezen, telden deze contacten mee mits ik maar de aanzet had gegeven tot de eerste verwijzing.

Indien in het kader van de behandeling injecties werden gegeven, werd deze 'injectieconsulten' gezamenlijk als één contact in het onderzoek verwerkt.

12.- Het aantal contacten tussen mij en de patiënt voor lage rugklachten in de 'aaneengesloten periode'

13.- Het totaal aantal contacten tussen mij en de patiënt in de 'aaneengesloten periode'

Onder contacten dienen we hier te verstaan de contacten tussen mij en de patiënt voor alle mogelijke soorten klachten waaronder lage rugklachten.

Alle consulten of visites die plaatsvonden in het kader van het gebruik van orale anti-conceptiva, die genoteerd werden op aparte 'pilkaarten', werden niet meegeteld. Hetzelfde gold voor consulten en visites betreffende zwangerschap, partus en kraambed.

14.- Zijn er in de 'voorgeschiedenis' van de patiënt aspecten die wijzen op 'rugklachten' en/of bevat deze 'voorgeschiedenis' ook aanwijzingen voor ernstige loopstoornissen en/of een psychisch moeilijk functioneren?

Enkele van de in deze rubriek 'voorgeschiedenis' genoemde variabelen zullen afzonderlijk worden toegelicht.

- .. Is er een hernia nucleï pulposi operatie geweest?
- .. Is er een andere operatie aan de rug geweest?
Hieronder worden verstaan operaties aan de wervelkolom zelf zoals een stabiliserende spondylodese.
- .. Heeft patiënt rugklachten gehad waarvoor de vorige huisarts is geconsulteerd?
Deze variabele werd pas gecodeerd indien op de werkkaart twee of meer contacten voor lage rugklachten stonden vermeld, voordat ik de patiënt de eerste keer met deze klachten zag.
Wanneer op de kaart van de vorige huisarts notities voorkwamen van gemaakte röntgenfoto's van de lumbale wervelkolom werd ervan uitgegaan dat deze patiënt vroeger rugklachten moet hebben gehad waarvoor hij zijn toenmalige huisarts om advies had gevraagd.
- .. Heeft patiënt rugklachten gehad waarvoor in het verleden een orthopaedisch chirurg, een neuroloog, een neurochirurg of een revalidatie-arts is geconsulteerd?
- .. Is via klinisch of poliklinisch onderzoek bij een 'andere specialist' de patiënt geattendeerd op een afwijking of aandoening van de rug?
Bedoeld wordt dat een patiënt, van wie in het kader van een screenend onderzoek voor een andere klacht of aandoening, röntgenfoto's van de lumbosacrale wervelkolom gemaakt werden, van de behandelend specialist te horen kreeg dat er op de foto's afwijkingen aan de rug gevonden waren; op grond waarvan deze specialist eventueel zelfs een therapie instelde zoals het voorschrijven van analgetica of een heilgymnastiek- massagekuur.
Ook wanneer een keurende arts iemand had afgekeurd op een rugafwijking werd deze variabele gecodeerd.
- .. Is patiënt frequent op het spreekuur geweest met vage, functioneel aandoende klachten en/of heeft hij regelmatig psychofarmaca voorgeschreven gekregen en/of heeft hij een psychiater bezocht?
Indien op de werkkaart bleek dat de patiënt voor het eerste contact onder behandeling was geweest van een psychiater, een medewerker van de ambulante werkerende geestelijke gezondheidszorg of van specialisten, die in hun brieven 'diagnoses' als nervositeit, hypochondrie, fobieën, depressief syndroom, alcoholabusus vermeldden, werd deze variabele gecodeerd.
Ook het regelmatig gebruiken van sedativa, anxiolytica, antidepressiva en slaapmiddelen wijst in dit verband op een belaste voorgeschiedenis.
- .. Zijn er bestaande aandoeningen van het loco-motorische apparaat en/of zijn er ingrepen verricht aan de heupen en/of de onderste extremiteiten, die het looppatroon in erg ongunstige zin beïnvloeden?
Bedoeld worden hier situaties zoals een status na een cerebro-vasculair accident met ernstige restverschijnselen, waardoor een looppatroon met circumductie is ontstaan. Ook bijvoorbeeld een ernstige coxarthrosis valt in deze groep.
- .. Is er in de drie maanden voor het eerste contact voor lage rugklachten ook een trauma geweest waarbij de rug was betrokken?
Deze variabele was niet altijd even betrouwbaar te coderen omdat niet in alle gevallen vermeld stond wanneer het trauma plaatsvond; vermeldingen als 'lang geleden; enkele maanden oud trauma' werden niet in deze rubriek van de meer recente traumata opgenomen.

15.- De diagnose(s)/bevindingen bij het eerste arts-patiëntcontact

indeling

- ..1.- ischialgie; ischias
- ..2.- hernia nuclei pulposi; wortelcompressiesyndroom
- ..3.- lumbago, myalgie, myogeen, hypertonie en andere benamingen die gebruikt worden om een nadere aanduiding te geven van een aandoening in het spier- en steunweefsel rond de wervelkolom
- ..4.- statische afwijkingen
- ..5.- degeneratieve aandoeningen van de thoracolumbosacrale wervelkolom
- ..6.- ziekte van Scheuermann of vroeger doorgemaakte Scheuermann
- ..7.- bijzondere aandoeningen
- ..8.- geen diagnose

Een toelichting op het gebruik van deze diagnoses is reeds gegeven.

16.- Therapieën gegeven of voorgeschreven bij het eerste contact

- .. bedrustkuur
Hier wordt bedoeld een absolute bedrustkuur zonder toiletfaciliteiten zoals wordt voorgeschreven aan een patiënt met een hernia nuclei pulposi.
- .. smeersel
- .. analgeticum
- .. sedativum
- .. een preparaat uit de vitamine-B-reeks
- .. een combinatie van een analgeticum en een sedativum
- .. een combinatie van een sedativum en een preparaat uit de vitamine-B-reeks
- .. een combinatie van een analgeticum, een sedativum en een preparaat uit de vitamine-B-reeks
- .. injecties:
 - . intra-laesionaal
 - . intra-musculair

Onder intra-laesionale injecties worden verstaan corticosteroïd injecties meestal gegeven op het punctum maximum van de pijn.

Onder intra-musculaire injecties worden verstaan injecties van de preparaten uit de vitamine-B-reeks en de groep van de anabole steroïden.

- .. fysiotherapie
- .. manuele therapie
- .. verwijzing naar een medisch specialist
- .. andere therapie

Onder 'andere therapieën' wordt hier verstaan: het voorschrijven van steunzolen, het voorschrijven van een medicament voor een aandoening van één der inwendige organen verband houdend met de rugklachten, het voorschrijven van een steunpessarium, het voorschrijven van een steunend corset of een lendepelotte.

17.- De diagnose(s)/bevindingen van mij en de eventuele specialisten bij het 'laatste arts-patiëntcontact' voor lage rugklachten

Voor de indeling in diagnosegroepen verwijs ik naar de informatie onder rubriek 15. Alle diagnoses bij de patiëntencontacten voor lage rugklachten die door mij op de werkkaart waren vermeld en alle diagnoses, die voorkwamen in de brief van de specialist, werden in deze rubriek vermeld.

18.- Is er tijdens de 'aaneengesloten periode' ook een (specialistische) expertise opgemaakt in het kader van de WAO/AAW waarvan mij een afschrift is gestuurd?

Zo ja:

- .. Is de patiënt geheel afgekeurd op zijn rug?
- .. Is de patiënt gedeeltelijk afgekeurd op zijn rug?
- .. Is de patiënt niet afgekeurd op zijn rug?

19.- De uitslagen van de op mijn verzoek gemaakte röntgenfoto's van de lumbale en thoracale wervelkolom

De volgende diagnosegroepen werden onderscheiden:

- .. afwijkingen van arthrotische aard
- .. discopathieën
- .. congenitale afwijkingen en ontwikkelingsstoornissen
- .. statische afwijkingen
- .. Scheuermann of tekenen van vroeger doorgemaakte Scheuermann
- .. overige afwijkingen

Een toelichting op het gebruik van deze röntgenologische 'diagnoses' is reeds gegeven.

20.- Naar welke specialist(en) is de patiënt verwezen?

- .. orthopaedisch chirurg
- .. neuroloog
- .. neurochirurg
- .. revalidatie-arts
- .. reumatoloog
- .. andere specialist

Onder 'andere specialist' wordt verstaan: internist, gynaecoloog, uroloog en algemeen chirurg.

Het was mogelijk dat de patiënt naar meer dan één specialist was verwezen. Het betreft in deze rubriek een optelsom van deze verwijzingen. Een voorwaarde was echter dat ik de eerste verwijzing moest hebben geïnitieerd.

Ook doorverwijzingen van de ene specialist naar de andere werden meegeteld mits ik het 'startsein' had gegeven voor de eerste verwijzing en deze doorverwijzingen te maken hadden met de rugklachten.

21.- Is de patiënt voor zijn rugklachten in de 'aaneengesloten periode' in een ziekenhuis opgenomen geweest?

22.- Therapie door mij en eventuele specialist(en) ingesteld bij het 'laatste arts-patiëntcontact' voor lage rugklachten.

Evenals bij de 'diagnose(s) laatste contact' betreft het hier een cumulatieve reeks. Alle therapieën ingesteld bij de rugcontacten tussen arts en patiënt werden bij elkaar 'opgeteld'.

De in deze rubriek gebruikte indeling is vrijwel dezelfde als onder de rubriek 16 'therapie eerste contact'.

- .. bedrustkuur
 - .. smeersel
 - .. analgeticum
 - .. sedativum
 - .. een preparaat uit de vitamine-B-reeks
 - .. een combinatie van een analgeticum en een sedativum
 - .. een combinatie van een analgeticum en een preparaat uit de vitamine-B-reeks
 - .. een combinatie van een analgeticum, een sedativum en een preparaat uit de vitamine-B-reeks
 - .. injecties:
 - . intra-laesionaal
 - . intra-musculair
 - .. fysiotherapie
 - .. manuele therapie
 - .. operatie
- Hier wordt bedoeld een operatieve ingreep die verricht werd om de rugklachten te cureren.
- .. orthopaedisch ondersteuningsmateriaal zoals een orthopaedisch corset, een lumbosacrale pelotte of steunzolen
 - .. andere therapie
- Hier werden de therapieën vermeld, die niet in de overige variabelen van rubriek 22 konden worden ondergebracht.

23.- De 'nageschiedenis' van de patiënt

De beschreven rugpijn-periode kon, gezien de geformuleerde selectiecriteria, nooit langer doorgaan dan tot 1 december 1977. Vele 'aaneengesloten periodes' waren echter al voor deze datum geëindigd. Sommige patiënten zag ik daarna en voor 1 december 1977 wel weer terug voor hun rugklachten.

De gegevens van deze contacten, die langer dan een jaar na het 'laatste contact' van de 'aaneengesloten periode' plaatsgevonden moesten hebben, werden ondergebracht in de rubriek 'nageschiedenis'.

Het aantal contacten tussen mij en de patiënt met rugklachten dat plaatsvond tot aan 1 december 1977 werd geteld en er werd bekeken of de patiënt in die tijd ook was verwezen naar een specialist.

Wanneer op de werkkaart stond dat er ook ná 1 december 1977, maar dan wel binnen een jaar na het laatste contact in de 'nageschiedenis', contacten voor de rug waren geweest, werden deze niet meegeteld. Dit gegeven bepaalde echter wel dat de duur van de 'nageschiedenis -periode' doorliep tot aan 1 december 1977.

De volgende variabelen behoorden tot deze rubriek:

- .. Heeft de patiënt na de 'aaneengesloten periode' en voor het einde van de registratie-duur -1 december 1977 - mij nog weer geconsulteerd voor lage rugklachten?
- .. De tijd tussen het eerste en het laatste contact voor lage rugklachten in de 'nageschiedenis-periode'.
- .. Het aantal contacten met mij in de 'nageschiedenis-periode'.
- .. Is de patiënt in deze periode voor zijn rugklachten verwezen naar een specialist?
- .. Hoe luidden de door mij en de eventuele specialist(en) gestelde diagnose(s)/bevindingen in deze periode?

Bij deze variabele werd dezelfde diagnose-onderverdeling gebruikt als in de rubrieken 15 en 17.

- Met uitzondering van rubriek 6, de consult-ratio van het gezin waartoe de patiënt behoort, zijn alle rubrieken met de daarin genoemde variabelen in het retrospectieve onderzoek verwerkt.
Aangezien bij de consult-ratoberekening van het gezin ook de consulten en visites voor lage rugklachten van de patiënt zelf waren betrokken, gaf deze variabele een vertekend beeld van de werkelijkheid - contaminatie - voor het aantonen van de invloed van deze consult-ratio op het 'consultatiegedrag' van de rugpatiënt. Deze rubriek was dan ook onbruikbaar.

CURRICULUM VITAE

Geert Roelof Hoekstra, geboren 3 oktober 1944 te Groningen, studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen. Gedurende de studietijd werd enkele jaren een student-assistentschap verricht in de histologie. Het arts-examen werd in 1970 afgelegd. Na de militaire diensttijd te Amersfoort en een tiental waarnemingen in verscheidene huisartspraktijken, vestigde hij zich op 1 december 1972 als huisarts in de gemeente Roden. Naast zijn huisartspraktijk is hij vanaf 1 januari 1975 als medewerker verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Groningen.

